This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

Monatsschrift

für

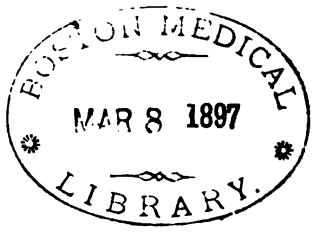
Geburtshülfe und Gynäkologie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. A. Martin in Berlin. und **Prof. Dr. M. Sänger** in Leipzig.

Band IV.

Berlin 1896
Verlag von S. Karger
Charitéstrasse 3.



Alle Rechte vorbehalten.

Druck von J. Rares (früher Hans Mamroth), Berlin W., Wilhelmstrasse 48.

Jahrgang II, Band IV, Heft 1—6.

Inhalts-Verzeichnis:

Heft I. Seite

Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen auf Grund des gynäkologischen und geburtshülflichen Materials der Tübinger Universitäts-Frauenklinik. Von Dr. Eugen Winternitz in Tübingen. (Mit 9 Abbildgn.) . . . 1

Die abdominale Radikaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung. Von Dr. R. Bliesener in Köln. (Fortsetzung) 15

Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei nicht bösartiger Erkrankung. Von Dr. Max Voigt in Nowawes-Neuendorf 38

Die Methode Thure Brandt's und die schwedischen Aerzte von Prof. A. O. Lindfors in Upsala 56

Die neuesten Arbeiten über Harnleiter-Chirurgie. Sammelbericht von Dr. Raffaele Bastianelli in Rom (mit 2 Abbildgn.) 65

Der heutige Stand der Lehre von der Extrauterin-Schwangerschaft in Frankreich. Von Dr. E. M. Simons in Berlin 80

Zur Behandlung mit tierischen Eierstockpräparaten und Organsafttherapie. Zusammengestellt von Dr. Stachow in Berlin 87

Bericht über die für den Gynäkologen bedeutsamen Vorträge vom 25. Chirurgenkongress. Von H. Lindner in Berlin 90

Schauta — Lehrbuch d. gesammten Gynäkologie. — C. Keller — Wanderniere d. Frauen. — . . . . Oscar Schäffer, — Experiment. Unters. über d. Wehenthätigkeit d. menschl. Uterus. — Besprochen von C. Fraenkel, Port, Schatz 94

Carl Ruge 1871—1896 99

Tagesnachrichten und Notizen. Offic. Progamm der gebh.-gyn. Sect. d. XII. d. Med. Congr. in Moskau. — Wernich †. Stoltz †. Andere Personalien. — Preisausschreiben 100

Litteratur-Verzeichnis . . 101

Heft II.

Ueber puerperale Uterusgonorrhoe. Von Dr. Julius Neumann in Wien. (Mit 1 Abbildung) . . . 109

Retrofixatio colli versus Ventro-Vesico-Vaginofixatio Corporis uteri Von Dr. G. Pagenstecher in San Luis Potosi (Mexico). (Mit 5 Abbildungen.) 115

Ueber Vaginistrictur bei Prolaps. Von Dr. S. Flatau in Nürnberg. (Mit 1 Abbildung.) 127

Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen auf Grund des gynäkologischen und geburtshülflichen Materials der Tübinger Universitäts-Frauenklinik. Von Dr. Eugen Winternitz in Tübingen. (I. Theil. Schluss.) . . 132

Die abdominale Radicaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung. Von Dr. R. Bliesener in Cöln (Schluss) 144

Die neuesten Arbeiten über Harnleiter-Chirurgie. Von Dr. Raffaele Bastianelli in Rom. II. Theil. (Mit 2 Abbildungen) 167

Sitzungsbericht der geburtsh.-gynäkol. Gesellschaft in Wien . . 180

G. Winter, Lehrbuch d. gynäk. Diagnostik, unter Mitarbeitung von Dr. Carl Ruge. Besprochen von N Flaischlen. — M. Runge, Lehrbuch der Geburtshülfe, III. Aufl. Besprochen von R. Klien. 181

Tagesnachrichten und Notizen. Italienische Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie. — Frankfurter Naturforscherversammlung. — II. Internationaler Gynäkologencongress in Genf. — Personalien 187

Litteratur-Verzeichnis . . 189

Seite

Heft III.

Der suprasymphysäre Kreuzschnitt, eine Methode der Coeliotomie bei wenig umfänglichen Affectionen der weiblichen Beckenorgane. Von Otto Küstner 197

Ueber einen Fall von Gasblasen im Blut einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. Von Dr. F. Schnell in Würzburg 199

Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse auf der geburtshülflichen Klinik von Professor Pawlik in der Zeit vom 1. Oct. 1887 bis 31. Dec. 1895. Von Dr. Ulrich Pipek in Prag 203

Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta vom normalen Sitz. Endometritis decidualis gonorrhoica. Von Dr. W. Maslowsky in St. Petersburg 212

Beiträge und Bemerkungen zur intrauterinen Therapie. (Eine neue Methode zur Behandlung der Cervicalstenose.) Von Dr. G. Zepler in Berlin 218

Angioma myxomatodes disseminatum placentae. Von Prof. Dr. A. R. v. Mars in Krakau. (Mit Taf. I und II) 229

36 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten. Ein casuistischer Beitrag im Anschluss a. d. Aufsatz d. Herrn Dr. Zweigbaum. Von Fr. A. Neugebauer in Warschau 233

Ueber Nahtmaterialien und Nahtmethoden bei Coeliotomieen. Von Dr. Hugo Stettiner in Berlin . 240

Geburtshülfliches und Gynäkologisches aus England. I. Geburtshülfe. Von Dr. T. Arthur Helme in Manchester 247

Neuere französische Arbeiten üb. die Pathologie und Therapie der Myome. Von Dr. E. M. Simons in Berlin 261

Bericht über russische geburtshülfliche und gynäkologische Litteratur. Von Dr. v. Kannegiesser in St. Petersburg 273

Belgische Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie. Gynäkologische Section des Kgl. ungarischen Aerztevereines in Budapest 281

Wilh. Nagel. Die weiblichen Geschlechtsorgane. — Otto Sarwey. Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. — Paul Meissner. Mikroskopische Technik d. ärztl. Sprechstunde. — Besprochen von Gebhard, Westphalen, Kutz 289

Seite

Tagesnachrichten und Notizen.

Pajot †. — Amer. Assoc. of Obstetr. a. Gynocologists. — Personalien 293

Litteratur-Verzeichnis . . 294

Heft IV.

Zur intraurienen Therapie. Von M. Hofmeier 301

Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta. Von Dr. Julius Neumann in Wien. (Hierzu Tafel III) 307

Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse auf der geburtshülflichen Klinik von Prof. Pawlik in der Zeit vom 1. Okt. 1887 bis 31. Dez. 1895. Von Dr. Ulrich Pipek in Prag (Schluss) 319

Beiträge und Bemerkungen der intrauterinen Therapie. Von Dr. G. Zepler in Berlin (Schluss) . . 334

Parotitis nach Myomenucleation und Exstirpation doppelseitiger Hämatosalpinx . . . . . .

Ueber eine von der Blase aus operierte nicht puerperale Vesico-Cervicalfistel Von Dr. J. Koetschau in Köln a. Rh. 342

Bericht über weitere Erfahrungen mit einer „neuen Operation zur Heilung der Incontinentia urinae". Von Dr. Franz T. B. Fest in Plane Road. (Mit 1 Abbildung) 346

Ueber Asphyxia neonatorum und deren Behandlung. Sammelbericht von Dr. Ludwig Knapp in Prag 348

Ueber die im Jahre 1895 in Norwegen erschienenen Arbeiten gynäkologischen und geburtshülflichen Inhalts. Von Dr. Justus Barth in Christiania 352

Internationaler Kongress für Gynäkologie und Geburtshülfe zu Genf. Bericht, erstattet von Dr. O. Beuttner in Genf. (Referate von Bouilly, H. A. Kelly, Sänger) 364

68. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Frankfurt a. M. — Sektion für Geburtshülfe u. Gynäkologie. Bericht, erstattet von Dr. Gottschalk in Berlin. (In extenso der Vortrag von Fritsch: Ueber Tod nach Laparatomie) . . . 381

Gynäkologische Sektion d. Köln. Aerztevereins zu Budapest. Sitzungen vom 14. und 21. April 1896 387

Vom II. Internationalen Gynäkologenkongress in Genf. Ein nicht wissenschaftlicher Bericht von Sänger 392

Geburtshüfliche Gesellschaft zu London. Sitzung vom 1. April 1896 399

Seite

Leopold u. Theodor Landau. Die vaginale Radikal-Operation etc. Besprochen von A. Czompin 395
Tagesnachrichten u. Notizen 399
Litteratur-Verzeichnis 399

Heft V.

Ein Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia (centralis). Von Dr. Nyhoff in Amsterdam . 405
Zur Kenntnis primaerer Scheidensarcome bei Erwachsenen Von Dr. F. Horn in Hamburg 409
Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier-Mäurer. Von Dr. A. Mueller in München 415
Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen. Dr. phil et med. W. Bottermund in Dresden . . 436
Ueber Asphyxia neonatorum und deren Behandlung. Sammelbericht von Dr. Ludwig Knapp in Prag (Schluss) 445
Internationaler Kongress für Gynäkologie und Geburtshülfe zu Genf. Bericht, erstattet von Dr. O. Beuttner in Genf (Forts.) . . 452
68. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Frankfurt a. M. — Abteilung für Geburtshülfe und Gynäkologie; gemeinsame Sitzung der Dermatologischen Abteilung. Bericht, erstattet von Dr. Gottschalk in Berlin (Schluss) 472
Zu Carl Ruge's 25 jährigem Assistenten-Jubiläum 507
A. Dührssen, Der vaginale Kaiserschnitt. Besprochen von Westphalen-Flensburg 511
Tagesnachrichten u. Notizen . . 513
Litteratur-Verzeichnis 514

Heft VI.

83 Fälle von Myomo hysterectomia abdominalis totalis, nach modifiziertem Doyen'schen Verfahren. Seite
Von Prof. Dr. W. Sneguireff in Moskau 525
Ueber die Zangenentbindungen an der Tübinger Universitäts-Frauenklinik (Prof. v. Saexinger) in den Jahren 1882—1896. Von Dr. Eugen Winternitz (Schluss) 547
Zur intrauterinen Therapie. Von Dr. P. Broese in Berlin . . 570
Zur intrauterinen Therapie. Von Prof. Dr. A. Dührssen. 573
Zur intrauterinen Anwendung von Chlorzink. Von M. Sänger . 575
Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. F. Schnell: Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. Von P. Wendeler in Berlin. 581
Zum Aufsatze A. Müller's: Die Ballonditatation der Cervix und Scheide. Von E. Wertheim in Wien. 584
Leitung von Geburt und Wochenbett vor 300 Jahren. Von Richard Landau in Nürnberg. 585
Geburtshülflich - gynaekologische Litteratur in Holland. Sammelbericht von P. Timmermanns in Utrecht. 593
Dritter Bericht über die neueste polnische gynaekologische Litteratur von Franz Neugebauer in Warschau. 599
II. Internationaler Gynaekologen-Congress in Genf. Bericht erstattet von Dr. O. Beuttner in Genf. (Schluss.) 611
Geburtshülfliche Gesellschaft zu London. Maisitzung 622
Zum 50jährigen Jubiläum der Aethernarkose. (Dr. Sasse) 626
A. Chrobak und A. v. Rosthorn, Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane 1. Theil. Bespr. von M. Graefe. 629
Tagesnachrichten und Notizen. 630
Litteratur-Verzeichniss. 631

4154

BOSTON MEDICAL
MAR 8 1897
LIBRARY.

Originalarbeiten.

I. Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen auf Grund des gynäkologischen und geburtshülflichen Materials der Tübinger Universitätsfrauenklinik.

Von

Dr. EUGEN WINTERNITZ

Privatdocent und I. Assistenzarzt.

(Hierzu 9 Abbildungen.)

In dem Vorworte zu der im Jahre 1884 erschienenen Arbeit Hauff's (19) sagt v. Saexinger über das damalige Material der Tübinger Frauenklinik Folgendes: „Das Beobachtungsmaterial der Anstalt, welche 70 Betten, davon 22 für gynäkologische Kranke enthält, ist allmählich ein reichhaltiges geworden; so wurden im letzten Jahre in der gynäkologischen Klinik 420 Frauen behandelt, während in der geburtshülflichen 230 Geburten stattfanden."

Ueber das Gebäude, in dem sich die Klinik befand, sagt Hauff: „So steht es heute noch, fast in ununterbrochener baulicher Reparatur und Verbesserung begriffen, immer noch seinen Zwecken genügend, das uralte Gebäude, dessen 400 jähriges Jubiläum wir in diesem Jahre (1882) begehen können."

Die Verhältnisse sind im Laufe der Jahre völlig andere geworden. — Der Energie und Thatkraft des Herrn Prof. Dr. v. Saexinger hat die Universität Tübingen eine neue Frauenklinik zu verdanken, welche nach seinen Angaben und seinen Plänen erbaut wurde und seit dem Oktober 1890 bezogen ist.

Die gynäkologische Abteilung der neuen Universitätsfrauenklinik hat 55 Betten; zählen wir die 10 Betten des Isolirhauses dazu, so stehen demnach auf der gynäkologischen Abteilung 65 Betten zur Verfügung, welche im Laufe des Semesters mit geringen Ausnahmen immer belegt sind. Auf der geburtshülflichen Abteilung sind 47 Betten für Schwangere und 23 Betten für Wöchnerinnen, so dass also die Gesamtzahl der Betten in der neuen Klinik 135 beträgt.

Das Material hat im Laufe der Jahre auf beiden Abteilungen ganz bedeutend zugenommen. Während z. B. im Verlaufe des Jahres 1882 nur 377 Kranke in der Klinik teils ambulant, teils stationär behandelt wurden, stieg die Zahl im Jahre 1895 auf 1619 Kranke, es hat sich also die Zahl der Kranken um nahezu das $4^1/_2$ fache vermehrt. — Die Zahl der im Jahre 1887 in der Klinik aufgenommenen Kranken betrug 194, im Jahre 1895 dagegen 424. Auch die Zahl der Geburten hat stetig zugenommen: im Jahre 1869 wurden 196, im Jahre 1895 dagegen 409 Geburten beobachtet.

Dieses Material hat mir mein verehrter Chef, Herr Professor Dr. v. Saexinger, zur Verwertung und Bearbeitung überlassen; es ist mir daher eine angenehme Pflicht, auch an dieser Stelle hierfür meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Seit einer Reihe von Jahren bin ich damit beauftragt, die klinische unentgeltliche Sprechstunde (Ambulanz) für unterleibsleidende Frauen abzuhalten. Im Verlaufe dieser Zeit ist es mir beim Aufnehmen der Anamnese aufgefallen, wie häufig bei den einzelnen Kranken die erste Geburt mit der Zange beendigt worden ist und wie überaus häufig eben diese erste, operativ beendete Geburt die Ursache des jeweiligen Unterleibsleidens war, welches die Kranken veranlasste, in der Klinik ärztliche Hülfe nachzusuchen.

Aus diesem Grunde wurde nun an hiesiger Klinik bei den ambulanten Kranken besonders auf diesen Punkt als ätiologisches Moment für Unterleibsaffektionen geachtet und es wurden diejenigen Kranken näher bezeichnet, bei welchen die erste Geburt mit der Zange beendigt wurde. — Diese Fälle, in denen bei der ersten Geburt die Zange angelegt wurde, habe ich zusammengestellt und bearbeitet.

Da, wie erwähnt, im Verlaufe der Jahre das klinische Material ansehnlich zugenommen hat, so standen mir auch viele Fälle — 331 — zur Verfügung.

Ausser diesen 331 Fällen der gynäkologischen Ambulanz habe ich ferner sämtliche Zangenentbindungen in der Klinik vom Jahre 1882—1896 zusammengestellt, über welche im zweiten Teile dieser Arbeit berichtet werden soll.

Es schien uns zweckmässig, einmal den umgekehrten Weg bei einer geburtshülflichen Statistik einzuschlagen, um aus dem gynäkologischen Material heraus einen Schluss auf die Erfolge der geburtshülflich-operativen Thätigkeit in der Praxis ziehen zu können, wobei nahezu ausschliesslich die Zangenoperationen bei Erstgebärenden berücksichtigt werden.

Bei der Bearbeitung der gynäkologischen Fälle haben sich in Bezug auf die Häufigkeit der Zangenentbindungen Erstgebärender in der Praxis, ferner bezüglich der Gefährlichkeit dieses Instrumentes und der üblen Folgezustände, welche eine Zangenoperation nach sich ziehen kann, interessante Resultate ergeben. —

Wir konnten auch sehen, wie eng „Geburtshülfe und Gynäkologie“ zusammengehören und eine wie grosse Rolle die Erfolge und Misserfolge der geburtshülflichen operativen Thätigkeit in der Aetiologie gynäkologischer Erkrankungen spielen.

Wir konnten aufs Neue den Ausspruch Chrobak's (17) bestätigt finden, dass das Studium der Gynäkologie in keiner Weise völlig von der Geburtshülfe abzutrennen ist.

Ehe ich die Resultate der Zusammenstellung der Folgezustände nach Zangenentbindungen bei Erstgebärenden wiedergebe, möchte ich kurz die Anschauungen und Grundsätze besprechen, nach welchen beim Gebrauche der Zange bei Erstgebärenden an hiesiger Klinik gehandelt wird.

Die Zange wird bei einer Erstgebärenden nur dann angelegt, wenn eine absolute Indikation vorliegt und wenn durch Unterlassung der Zangenanlegung eine Gefahr für Mutter oder Kind entstehen würde. Wir warten also so lange, als es im Interesse der Mutter oder des Kindes zulässig ist. Und warum? Weil wir die Verletzungen, Quetschungen und Zerreissungen der Weichteile fürchten und weil, wie Schauta (40) sagt, der physiologische Verlauf der Geburt (besonders bei den Erstgebärenden) denn doch in jedem Falle einer wenn auch noch so kunstvoll ausgeführten Zangenoperation vorzuziehen ist. In manchen Fällen steht es nicht in unserer Macht, die Verletzungen zu vermeiden, denn die Zange ist ein geeignetes Mittel selbst bei aller Geschicklichkeit und Uebung des Operateurs Dammrupturen zu begünstigen (Olshausen) (12).

Wenn man viele Geburten Erstgebärender genau beobachtet und wenn man gesehen hat, wie ganz langsam und allmählich durch eine grosse Anzahl von Wehen, die durch das Mitpressen verstärkt und unterstützt werden, der hohe straffe Damm einer Erstgebärenden durch den tiefer tretenden Kopf gedehnt und erweitert wird und wenn man dann nach der Geburt des Kindes die Genitalien nahezu intakt sieht, so muss man sich oft die Frage vorlegen: wie würden diese Teile aussehen, wenn man keine Geduld gehabt, nicht abgewartet und die Geburt nicht der Natur überlassen, sondern mit der Zange beendigt hätte?

Ist man gezwungen, bei einer Mehrgebärenden aus irgend welchen Indikationen die Zange anzulegen, so sieht man sogar bei sehr weiten Genitalien gar nicht selten, dass bei den ersten Traktionen der Damm und die hintere Scheidenwand stark in die Quere gespannt werden, dass ferner diese Teile vom Kopfe abstehen und die Zangenlöffel senkrecht zum quergespannten Damm gestellt sind. Die Scheidenschleimhaut beginnt allmählich auseinanderzuweichen, sie zerreisst, es entstehen jetzt schon Blutungen unter die Schleimhaut und nach aussen. Wenn dies bei einer Mehrgebärenden mit weiten schlaffen Genitalien so früh schon eintritt, wie werden dann erst die Verhältnisse bei den straffen Genitalien einer Erstgebärenden sich gestalten!

Dass die Zangenanlegung eine Operation ist. bei welcher die meisten Verletzungen vorkommen, lässt sich am besten aus

den Statistiken der einzelnen Kliniken und Entbindungsanstalten beweisen, welche zeigen, dass nach Zangenentbindungen 60 bis 85 pCt. Verletzungen der Weichteile der Mutter zu Stande kommen. — Eine erschreckend hohe Zahl, wenn man bedenkt, dass diese Operationen in Kliniken meist von geübter Hand unter den denkbar günstigsten Verhältnissen ausgeführt werden. Ein treffender Beweis für den Ausspruch v. Winckel's (22), dass die Zange auch in der Hand geübter Operateure keineswegs ein ungefährliches Instrument ist.

Im Hinblick auf diese Thatsachen kann man den werdenden Arzt nicht nachdrücklich genug ermahnen, mit dem Gebrauche der Zange, ganz besonders bei Erstgebärenden, sparsam und haushälterisch zu sein.

Trotzdem würde man zu weit gehen, wenn man sagen wollte, dass bei der Erstgebärenden eine Zange überhaupt nicht angelegt werden dürfte. Es giebt sicherlich Indikationen, welche auch bei einer Erstgebärenden die Beendigung der Geburt mit der Zange erfordern. — Man darf weder nach der einen noch der andern Richtung hin übertreiben.

Wie steht es nun in der Praxis mit der Häufigkeit der Zangenentbindungen besonders Erstgebärender?

Auf Grund unseres gynäkologischen Materials haben wir den Eindruck, als ob immer noch die Zange bei Erstgebärenden — trotz der Mahnrufe, die aus den Kliniken kommen, — zu häufig, manchmal ohne zwingenden Grund bei nichterfüllten Bedingungen angelegt würde.

Diese Mahnrufe resultieren aus der Beobachtung und Behandlung der Frauen, die entsprechend lange Zeit nach der Zangengeburt als unterleibsleidende Kranke in die Kliniken aufgenommen werden, wo es sich zeigt, dass der Erfolg der Operation keineswegs mit der Geburt abgeschlossen ist. — Es waren z. B. unter den 331 Kranken 39 mit vollständigem Mastdarmriss, der durch die Zange bei der ersten Geburt hervorgerufen wurde, d. i. nahezu 12 pCt.

Unter den von Dohrn (61) für Kurhessen zusammengestellten operativ beendigten Geburten waren es vor allem Erstgebärende, „welche in steigender Häufigkeit den operativen Entbindungen unterworfen wurden," und zwar war die häufigste Operation, um die es sich handelte, die Extraktion mit der Zange.

Wie ist es denn zu erklären, dass in der gegenwärtigen Zeit, in welcher man sich allgemein in den Kliniken mehr der konservativen Richtung bei geburtshülflich-operativen Eingriffen hinneigt, in der Praxis doch noch verhältnismässig häufig die Zange bei der Erstgebärenden angelegt wird?

Der praktische Arzt hat zweifellos einen bedeutend schwierigeren Standpunkt bei Geburten Erstgebärender, als es in einer Klinik der Fall ist, wesshalb man auch in seinem Urteile dem praktischen Arzte gegenüber nicht zu scharf sein darf. Er ist dem Jammern und den Bitten um Erlösung von den ungewohnten, vielleicht schon Tage lang dauernden Schmerzen der Erstgebärenden

ausgesetzt, dazu kommt vielleicht auch noch das Drängen der Anwesenden oder sogar der Hebamme, die Geburt operativ zu beenden. Giebt der Arzt in solchen Fällen, vielleicht gegen seine Ueberzeugung, nach, so wird gewiss manchmal eine Operation ausgeführt, deren Folgen den Arzt beim Verlassen der Wöchnerin bestimmen, zu sich zu sagen: „Hätte ich doch noch eine Zeit lang gewartet, wie ich beabsichtigt hatte, hätte ich doch nicht nachgegeben, so wäre dieses oder jenes nicht eingetreten." — Dohrn[1]) schildert diese Situation, in welche der Praktiker hineingestellt wird, treffend und sagt unter Anderem, dass „die volle Willensenergie" notwendig ist, „um sich nicht von dem richtigen Wege abdrängen zu lassen."

Ein weiterer Grund, warum wohl mancher gegenwärtig in der Praxis sich vielleicht leichter zu einem operativen Eingriff entschliesst, ist das Vertrauen auf die Antisepsis. Die statistischen Zusammenstellungen, besonders von Hegar (23) und Dohrn, haben aber gezeigt und bewiesen, dass die Operationsfrequenz zwar gestiegen, die Mortalität der Entbundenen aber nicht zurückgegangen ist, sondern sich trotz Einführung und Durchführung der antiseptischen Massregeln sogar vergrössert hat.

Auf Grund der günstigen Resultate, die man in Kliniken und Entbindungsanstalten erzielt hat, steht man jetzt auf dem Standpunkte, dass man um so bessere Gesundheitsverhältnisse haben wird, je mehr man die Gebärende und die Wöchnerin sich selbst überlässt und je weniger operative Eingriffe vorgenommen werden. — Die Polypragmasie der alten Zeit hat viel geschadet, denn „die Möglichkeit einer Infektion steigert sich mit der Zunahme der Eingriffe." (Strassmann) (51).

Hie und da, vielleicht nicht selten, wird die Zange angelegt, weil man beim Auskultieren der Herztöne glaubt, das Kind befinde sich in Lebensgefahr, während dies in Wirklichkeit nicht der Fall ist. Das Schlechterwerden oder das Verschwinden der Herztöne beruht oft nur auf einer Täuschung: die Herztöne werden nicht an der richtigen Stelle oder direkt vor, während oder nach einer Wehe auskultiert, zu welcher Zeit sie entweder garnicht oder nur verlangsamt zu hören sind. — Ich gebe daher in meinen Kursen beim Erlernen des Auskultierens der Herztöne folgende Regel, die mir für die spätere praktische Thätigkeit sehr wertvoll erscheint: Ehe man die Herztöne auskultiert, muss man sich vorher jedesmal durch die Palpation von der Lage des Rückens des Kindes überzeugen, dann wird man erst an der richtigen Stelle auskultieren und die Beschaffenheit der Herztöne sicher beurteilen können.

Wie lassen sich nun die Nachteile und schlimmen Folgezustände bei der Zangenentbindnng einer Erstgebärenden vermeiden?

Auch hier können wir in gewisser Beziehung von einer Prophylaxis sprechen. Vor allem soll der Arzt als Geburtshelfer

[1]) l. c. pag. 82.

in der Untersuchung von Kreissenden geübt und geschult sein, so dass er auf Grund einer gutgestellten Diagnose die Verhältnisse erwägen und eine richtige Indikation aufstellen kann. — Muss eingegriffen werden, so soll er so vorgebildet sein, dass er imstande ist, die gemachten Verletzungen unter Einhaltung der antiseptischen Regeln wieder durch die Naht zu vereinigen. Ganz besonders wichtig und wertvoll bei der Geburt einer Erstgebärenden ist es, wenn der Arzt die Geduld und die Ruhe nicht verliert. „Geduld und Vertrauen, sagt Wiedemann, (1) das sind ein paar unentbehrliche Tugenden an einem Geburtshelfer."

Bei der Geburt einer Erstgebärenden muss man sich stets eingedenk sein, dass die Kreissende zum erstenmale eine Geburt durchmacht, dass sie durch die Intensität des Wehenschmerzes, den sie sich nicht so heftig vorgestellt hat, überrascht wird und endlich, dass die Durchschnittsdauer der Geburt bei einer Erstgebärenden 24 Stunden beträgt. Wie oft wird schon vorher durch die Zange zum Nachteile der Mutter oder des Kindes die Geburt beendigt!

Erwägt man diese Punkte, so wird man sich trotz Stöhnen, Jammern und Bitten zum Heile der Mutter und des Kindes, eher zum Zuwarten entschliessen können.

Sind die Schmerzen sehr intensive, ist die Kreissende eine zarte, empfindliche Frau, so kann durch Darreichung von Morphium in Pulverform oder in Form von Suppositorien viel genützt und erreicht werden.

Tritt bei einer Erstgebärenden, was nicht selten ist, Wehenschwäche und Erschöpfung ein, so muss, wenn es die Umstände erlauben, noch abgewartet werden. In diesen Fällen zeigen sich Bäder wirksam, die aber leider in der Praxis nicht immer so leicht herzurichten sind. — Auch Zufuhr von Alkohol ist oft von Erfolg begleitet.

Ganz besonders aber ist in dieser Situation Geduld zu empfehlen und vor frühzeitigem, unberechtigtem Eingreifen zu warnen.

Ist der Arzt völlig Herr der Situation, hat er die Diagnose gestellt und die vorliegenden Verhältnisse erkannt, so kann er durch sein sicheres, Vertrauen einflössendes Auftreten die Kreissende ermutigen, die Umgebung beruhigen und das Verlangen nach operativer Beendigung der Geburt zurückweisen.

Als Ersatz für die Zange bei Erstgebärenden kommen in Betracht: die von Strassmann wieder besonders empfohlene Expression nach Kristeller, ferner der Hinterdammgriff und endlich Incision des Dammes.

Schon Osiander giebt den Rat, um Dammrisse, die er das Crux und Scandalum der geburtshülflichen Praxis nennt, zu vermeiden, die Zange vor dem gänzlichen Austritt des Kopfes abzunehmen und die Austreibung der Natur zu überlassen. Andere raten nach Abnahme der Zangenlöffel den Kopf vom Mastdarm aus oder mittelst der Kristeller'schen Expression zu entwickeln.

Nimmt man die Zange bei Erstgebärenden mit straffen Genitalien ab, ehe der Kopf völlig geboren ist, so kann es vorkommen, dass der Kopf wieder zurückrutscht und man sich dann genötigt sieht, die Zange noch einmal anzulegen, was für den Arzt unangenehm ist und auf die Umstehenden keinen guten Eindruck macht. Während man die Löffel abnimmt, kann es aber auch vorkommen, dass die Kreissende während einer Wehe stark mitpresst, der Kopf rasch geboren wird und der Damm einreisst, während man mit der Zange den Kopf langsam und allmählich über den Damm gleiten lassen kann. Aus diesem Grunde schliesse ich mich Fehling (25) an, der nicht dafür ist, die Zange abzunehmen, ehe der Kopf ganz geboren ist.

Kommt man bei einer Erstgebärenden nach gewissenhafter Ueberlegung zu dem Schluss, dass im Interesse der Mutter oder des Kindes die Geburt operativ beendigt werden muss, so wird man trotz der Erstgebärenden die Zange anlegen. Legt man aber bei einer Erstgebärenden ohne strenge Indikation die Zange an, so ist dieses Verfahren meiner Ansicht nach ein Kunstfehler.

Die Anschauungen bezüglich der operativen Beendigung der Geburt Erstgebärender mit der Zange möchte ich in folgende Sätze zusammenfassen:

1. Bei Erstgebärenden soll und darf niemals ohne strenge Indikationsstellung und ohne zwingenden Grund die Geburt beendigt werden.
2. Bei Erstgebärenden muss daher die Entbindung mit der Zange als sogenannte Luxusoperation ganz in Wegfall kommen.

I. Teil.

Ueber 331 gynäkologische Kranke, bei welchen die erste Geburt mit der Zange beendigt wurde.

Im Ganzen konnte ich aus den Journalen der Ambulanz 331 Kranke zusammenstellen, bei denen bei der ersten Geburt die Zange angelegt wurde und zwar kamen nach

der	1.	Geburt . . .	128
„	2.	„ . . .	60
„	3.	„ . . .	37
„	4.	„ . . .	29
„	5.	„ . . .	29
„	6.	„ . . .	13
„	7.	„ . . .	10
„	8.	„ . . .	11
„	9.	„ . . .	6
„	10.	„ . . .	4
„	11.	„ . . .	2
„	13.	„ . . .	2
			331

Von den 128 Kranken, die nach der ersten mit der Zange beendigten Geburt zur Untersuchung kamen, waren 92 zwischen

20 und 30 Jahre alt, welches Ergebnis mit der klinischen Zusammenstellung übereinstimmt.

Ueber die Beckenverhältnisse und den Verlauf des Wochenbettes konnte ich keine zufriedenstellende Zusammenstellung anfertigen, da bei den meisten Kranken nähere Angaben fehlen. Dagegen ist das Resultat bezüglich der schwereren Verletzungen der Weichteile, welche mit der Zange gemacht wurden, von grossem Interesse, und beweist, dass die Zangenanlegung bei der Erstgebärenden keineswegs eine gleichgiltige Operation ist.

Ich habe nur die Lageveränderungen der Scheide und des Uterus, die Mastdarmdammrisse, die Harnfisteln, ferner die Fälle zusammengestellt, in denen zahlreiche Narben in der Scheide gefunden wurden, welche auf Verletzungen bei den Zangenentbindungen zurückzuführen waren. — Diese einzelnen Folgezustände sollen gesondert besprochen werden.

Die Angaben über die Dammrisse sind zu ungenügend, um statistisch verwertet werden zu können.

Gehen wir nun zur Besprechung der einzelnen Verletzungen über, welche auf die Zangenentbindung zurückzuführen sind und welche die Kranken veranlasst haben, klinische Hülfe in Anspruch zu nehmen, so wären zuerst die Mastdarmdammrisse zu erwähnen.

Ruptura perinei completa.

Unter den 331 Kranken, bei welchen die erste Geburt operativ mit der Zange beendigt wurde, finden sich 39 = 11,78 pCt. mit einem vollständigen Dammriss, d. h. einer Verletzung, bei welcher der Sphincter ani und die Mastdarmwand durchgerissen sind. Sämtliche Kranke konnten weder Winde noch Stuhl mehr halten.

Von diesen 39 Kranken mit Ruptura perinei completa wurden
20 nach der Geburt genäht, also ohne Erfolg,
11 wurden nicht genäht.

Bei 8 Kranken fehlen in der Anamnese die näheren Angaben.

Wären diese 39 Frauen nicht mit der Zange entbunden worden, so wären sie von dieser schweren Verletzung verschont geblieben, denn Mastdarmdammrisse kommen „bei spontanen Kopfgeburten fast nie vor, sondern so gut wie ausschliesslich bei Beckengeburten oder Zangenentbindungen“ (Olshausen). — Bei den 158 klinischen Zangengeburten wurde kein Mastdarmdammriss beobachtet.

Bei den 105 von Leopold und Wehle ausführlich beschriebenen Fällen von vollständigen Dammrissen waren alle auf eine Entbindung zurückzuführen. Unter den 89 Frauen mit Mastdarmdammrissen, bei denen nähere Angaben bezüglich der Aetiologie sich vorfanden, war die Verletzung 70 mal, also in 79 pCt. durch die Zange entstanden, darunter waren 62 Erstgebärende. Leopold sagt pag. 309: „Besonders tritt die Gefahr der Zange in den Vordergrund. Sie veranlasste in 79 pCt. diese schwere Dammverletzung!“

Obgleich bei sämtlichen Kranken die Verletzung bei der ersten mit der Zange beendigten Geburt entstanden ist, so sind doch nur 23 = 58,9 pCt. nach dieser Geburt zur Untersuchung resp. Behandlung gekommen, die übrigen 16 = 41,0 pCt. haben ihr Leiden noch längere Zeit ertragen und noch mehrmals geboren.

Bezüglich der Zahl der Geburten ergiebt sich folgende Zusammenstellung:

Erstgebärende	. . . .	23
2.	„	6
3.	„	3
4.	„	2
5.	„ . . .	3
6.	„	1
13.	„	1
		39

Von den 23 Erstgebärenden kamen

1	Monat	nach	der	Geburt	3	zur	Operation
2	„	„	„	„	4	„	„
3	„	„	„	„	2	„	„
4	„	„	„	„	1	„	„
5	„	„	„	„	1	„	„
6	„	„	„	„	1	„	„
7	„	„	„	„	3	„	„
8	„	„	„	„	1	„	„
10	„	„	„	„	3	„	„
1	Jahr	„	„	„	2	„	„
11	„	„	„	„	1	„	„
					22		
Einmal fehlen die näheren Angaben					1		
					23		

Von den 16 Mehrgebärenden, welche also auch die Verletzung bei der ersten Geburt erlitten, warteten bis zur Operation

1½	Jahr	lang . .	1
4	„	„ . .	1
5	„	„ . .	1
7	„	„ . .	2
8	„	„ . .	2
10	„	„ . .	1
13	„	„ . .	1
15	„	„ . .	1
Von 6 Kranken fehlen die Angaben			6
			16

Auffallend ist es, dass bei einem derartigen Leiden eine Anzahl der Kranken jahrelang warten, ehe sie zu einem Arzte gehen und sich zur Operation entschliessen. Auch von den von Leopold aus der Praxis zusammengestellten Fällen liessen 14 mehr als 10 Jahre bis zur Operation hingehen.

Die Gründe hierfür sind entweder, wie dies auch Leopold annimmt, in den verhältnismässig geringen Beschwerden, welche

das Leiden verursacht, zu suchen, oder aber, was wohl der Hauptgrund sein dürfte, in der Angst, welche die Kranken vor einer lokalen Untersuchung und ganz besonders vor einer Operation haben.

Eine weitere auffallende Thatsache ist die, dass eine Anzahl dieser Verletzungen zwar genäht wurden, aber nicht geheilt sind. Woher kommt dieser Misserfolg? Wohl daher, dass die Operation eines frischen Mastdarmrisses für den weniger Geübten eine sehr schwere Operation ist, ja ich glaube nicht zu weit zu gehen, wenn ich sage, dass die plastische Operation eines veralteten Dammrisses in einer Anzahl von Fällen leichter auszuführen ist, als die Vereinigung der frischen Verletzung. — Bei frischen Fällen werden die anatomischen Verhältnisse in Folge der gequetschten, fetzigen, sugillierten Weichteile undeutlich, die Adaption der zusammengehörigen Teile wird erschwert, dazu kommt noch als Erschwerung das von oben über das Operationsfeld herabfliessende Blut, ferner die ungenügende Assistenz, die schlechte Lagerung und eventuell auch die ungenügende Beleuchtung.

Als ein nicht zu unterschätzendes Hilfsmittel des gynäkologischen Unterrichtes muss daher der von v. Winckel im Jahre 1884 eingeführte Operationskurs an dem nach ihm benannten Phantom angesehen werden, der auch an der hiesigen Klinik durch die gütige Veranlassung meines Chefs, Herrn Professor v. Saexinger, schon seit einigen Semestern von mir abgehalten wird.

Neben zahlreichen anderen Vorteilen dieser Art des Unterrichts, auf die schon v. Winckel (29) (Archiv f. Gynäkologie, Band XXIII, Heft 2) aufmerksam gemacht hat, ist ganz besonders der hervorzuheben, dass durch das Operieren an den Leichenteilen das Vorstellungsvermögen geübt wird, dessen gründliche Ausbildung besonders für die Geburtshilfe und Gynäkologie so notwendig und unentbehrlich ist. Ganz speciell bei den Operationen der Mastdarmdammrisse, sowohl bei den frischen als auch den veralteten, muss das Vorstellungsvermögen für das Gelingen der Operation behilflich sein.

An Abbildungen kann sich der Studierende wohl kaum oder nur sehr schwer die Art der Anfrischung bei plastischen Operationen klar machen, er muss an der Lebenden oder am Phantom selbst operieren.

Was die

Symptome und Folgezustände

betrifft, welche diese schweren Verletzungen nach sich ziehen, so haben wir schon oben erwähnt, dass sämtliche 39 Kranke an Incontinentia alvi et flatus litten.

Prolapsus des Uterus und der Vagina finden wir 6 mal = 15,3 pCt.
Descensus uteri et vaginae finden wir 8 mal = 20,5 pCt. angegeben.
(Darunter 4 mal mit Retroflexio kompliziert.)

Leopold und Wehle beobachteten in 10,5 pCt. Vorfall der Scheidenwunde und in 2,9 pCt. Senkung der Gebärmutter.

In einzelnen Fällen konnten wir die Beobachtung Ohlshausen's bezüglich der Neigung zu Diarrhöen bei vollständigem Dammriss bestätigen, welche O. sich durch eine durch den Luftzutritt bedingte Reizung des Darmes bei mangelhaftem Schlusse des Sphincters erklärt.

Bei Anderen bestand aber auch hartnäckige Obstirpation.

In den meisten der 39 Fälle war die stark hyperämische, leicht blutende Mastdarmschleimhaut nicht bloss deutlich sichtbar, sondern in manchen Fällen sogar bis zu Nussgrösse prolabiert (cf. Fig. 4).

Mit einigen Worten möge hier die Methode angeführt werden, nach welcher an der Saexinger'schen Klinik die Mastdarmdammrisse operiert werden. — In den meisten Fällen wurde nach der triangulären Methode operiert, ohne schematische Berücksichtigung irgend einer der bekannten Anfrischungsfiguren. Bei der Anfrischung wurde jeder einzelne Fall bezüglich der Narben und der zu opfernden Schleimhaut streng individualisiert. Man war immer bestrebt, möglichst diejenigen Verhältnisse wieder zu schaffen, wie sie direkt nach der Geburt die frische Verletzung bietet. — Für den Mastdarm (mit Ausnahme der Sphincterfäden), für die Scheide und die versenkten Nähte wird Catgut benutzt. Leopold und Sänger ziehen nicht resorbierbares Material dem resorbierbaren vor. — Der Mastdarm wird nach der Lauenstein'schen Methode vereinigt. Zur Sphincter- und zur Dammnaht wird Seide genommen. Auf die Naht des Sphincter wird ganz besondere Sorgfalt verwendet. Die Sphincterfäden, die sehr viel Gewebe mitfassen, werden gegen den Mastdarm geknüpft. Die Dammfäden werden vom 4. Tage ab entfernt, die Sphincterfäden bleiben so lange liegen, bis die Operierte zum ersten mal Stuhlgang gehabt hat, der gewöhnlich am 8. Tage eingeleitet wird. — Nach der Operation wird kein Opium gegeben.

Fig. 1.
B. H., 30 j. I para, vor $7^1/_2$ Monaten mit der Zange entbunden. Nicht genäht.

Fig. 2.
Op. 28. II. 95.
Entl. 13. III. 95.

Mit dieser Operationsmethode haben wir im allgemeinen sehr gute Erfolge erzielt. Das Misslingen eines Falles gehört zu den Seltenheiten.

Untenstehende Figuren zeigen einige wenige der Fälle vor und nach der Geburt. Der Fall in Figur 3 wurde nach der Operation nicht gezeichnet, der Erfolg war ebenfalls ein guter.

Fig. 3.
M. H.. 29j. I para Zange vor 11 Wochen. Nach der Geburt 2 mal genäht.

Fig. 4.
M. K., 40j. II para. Vor 5 Jahren. Erste Geburt Zange. Seither Incontinenz. Wurde genäht.

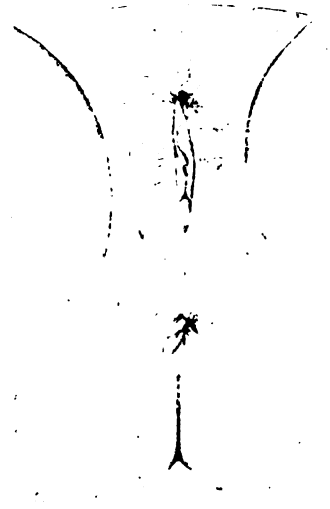


Fig. 5.
Op. 21. II. 95.
Entl. 13. III.

Als eine weitere sehr schwere Verletzung konnten unter den 331 Fällen 10 = 3,0 pCt. Harnfisteln zusammengestellt werden, die im Anschluss an die erste mit der Zange zu Ende geführten Geburt zu Stande gekommen sind.

Harnfisteln.

Unter den 10 Harnfisteln finden sich (der üblichen Einteilung folgend):

Harnröhrenscheidenfisteln	1
Blasenscheidenfisteln	4
Oberflächliche Blasenscheiden-Gebärmutterfisteln.	3
Tiefe „	2
	10

In diesen 10 Fällen haben wir über das Becken nähere Angaben:

Normale Becken	2
Allg. glm. verengte Becken .	6
Platte rachitische Becken . .	1
Sehr enger Schambogen . . .	1
	10

Obgleich die Zahl der Fisteln eine kleine ist, so überwiegt doch das allgemein gleichmässig verengte Becken.

Es stimmt also die kasuistische Zusammenstellung bezüglich der Beckenform mit der Angabe Küstner's (44) überein, dass neben dem platten rachitischen Becken hauptsächlich die allgemein verengten Becken eine Rolle beim Zustandekommen der Harnfisteln spielen.

In einem der beiden Fälle mit normalem Becken handelte es sich laut Bericht des behandelnden Arztes um einen Hydrocephalus. Fehling (26) erwähnt in seinem Lehrbuch, dass auch normale Becken, wenn sie durch Hydrocephalus oder sonstiges Riesenwachstum der Frucht kompliziert sind, bei der Entstehung der Fisteln in Betracht kommen.

Es dürfte von Interesse sein, die Art der Entbindung einzelner dieser Kranken kurz anzuführen und zu beschreiben, soweit wir diesbezügliche Notizen in den Journalen gefunden haben. Diese Beschreibung möge im Hinblick auf die schlimmen Folgen für Mutter und Kind als warnendes Beispiel dafür dienen, wie die Entbindung bei derartigen, meist mit engem Becken komplizierten Fällen nicht geleitet werden soll.

1. 2 mal wurden mehrmalige vergebliche Zangenversuche gemacht, dann die Perforation angeschlossen. Der perforierte Kopf wurde mit der Zange entwickelt.
2. 1 mal wurde nach mehrmaligen vergeblichen Zangenversuchen die Perforation gemacht.
3. 7 mal mehrmalige Zangenversuche, die zum Ziele führten.

10 Fälle.

ad 1.

In dem einen Falle handelte es sich um einen Hydrocephalus. — In dem anderen Falle wurden bei allgemein gleichmässig verengtem Becken bei beweglich stehendem Kopfe zuerst vergebliche Zangenversuche gemacht und daran anschliessend vergebliche Wendungsversuche. Ein weiterer herbeigerufener Arzt fand die Kreissende nach nunmehr 38 stündiger Wehenthätigkeit „erschöpft mit sehr schwachem und raschem Pulse. Die äusseren Genitalien waren ödematös geschwollen und blaurot. Die Herztöne des Kindes waren nicht mehr zu hören. Die innere Untersuchung ergab eine II. Gesichtslage. Der Kopf stand fest im Beckeneingang. Es wurde die Perforation gemacht und an den perforierten Kopf des sehr grossen Kindes die Zange angelegt. Es entstand ein Mastdarmdammriss."

ad 2.

In diesem Falle wurde nach nur 8 stündigem (!) Kreissen die Zange „4—5 mal vergeblich" angelegt und dann die Perforation gemacht. Die Masse des Beckens waren: 21,0; 24,5; 25,0; 16,0; 72. — Im Status der Krankengeschichte dieses Falles finden wir folgende Notizen:

> Damm bis zum After eingerissen. Vagina durch zahlreiche Narben verkürzt. Am Ende der vorderen Scheidenwand eine für den Finger durchgängige Fistel, deren unterer Rand durch die Portio gebildet wird. — Wegen der narbigen verkürzten Scheide kann man das Becken nicht abtasten.

ad 3.

Von diesen 7 Fällen will ich nur 1 anführen, obgleich in allen die Zange mehrmals ohne Erfolg angelegt wurde.

Laut Bericht: „Patientin, welche von kleiner Statur ist, wurde Mittags 1 h nach nicht ganz eintägigem Kreissen bei räumlich besonders deutlich in der Conjugata verengtem Becken und noch etwas hochstehendem Kopf mehrmals die Zange angelegt. Mit derselben konnte ein kräftiger Zug ausgeübt werden, schliesslich glitt sie aber immer ab. — Am Morgen des anderen Tages abermalige Entbindung mit der Zange. Totes Kind."

Status bei der Aufnahme in die Klinik: Damm bis zum After eingerissen. Die Scheide ist von einem Gewirr von Narben und dazwischen liegenden Gewebsinseln ausgefüllt, so dass nur durch Probieren mit der Sonde der Eingang in den Uterus gefunden werden kann. Erbsengrosse Fistel.

Beim Durchlesen solcher Krankengeschichten und Berichte werden wir unwillkürlich an folgende Worte Sänger's (37) erinnert:

„Das Kindbett ist das wahre Schlachtfeld der Frauen: Hier zeigen sie trotz der notgedrungenen Passivität alle Tugenden des Kriegers, Mut und Aufopferung, Tapferkeit und Hingabe. Hier empfangen sie ihre Wunden, tötliche, schwere und leichte, hier tragen sie den Keim zum Siechtum und Invalidität davon, die sie oft nimmer verlässt. Und weiter unten: „Wo sich aber gynä-

kologische Leiden später ausbilden, ist wiederum vielfach nicht die krankhaft waltende Natur der schuldige Teil, als vielmehr sind es die männlichen und weiblichen Geburtshelfer — —"

Bei solchen geburtshilflichen Fällen wird man wieder eingedenk der goldenen Regel, welche uns mein verehrter Lehrer und jetziger Chef, Herr Prof. v. Saexinger, in seinem Operationskurs immer wieder und wieder auf das nachdrücklichste ans Herz gelegt hat: „Gleitet eine Zange ab, so ist sie entweder schlecht angelegt, oder was das Häufigere ist, sie passt nicht für den betreffenden Fall."

Würden diese wertvollen Worte mehr beachtet, so würde manches Unheil verhütet werden.

(Fortsetzung folgt.)

II. Die abdominale Radikaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung

(Aus der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Cölner Bürgerhospitals (Geheimrat Professor Bardenheuer).

Von

Dr. R. BLIESENER

Assistenzarzt.

(Fortsetzung.)

Es erübrigt noch die Erfolge der vaginalen Methode bei nicht eitrigen chronischen Entzündungen der Adnexe in Erwägung zu ziehen. Im allgemeinen wird man nicht abstreiten können, dass das Zurücklassen von Adnexteilen hierbei keinen besonderen Schaden verursachen wird; man wird jedenfalls zugeben müssen, dass der durch die Operation erzielte Erfolg ein Dauererfolg sein wird, man wird also etwaige gute Resultate voll und ganz anerkennen müssen. Eine Ausnahme machen hiervon die mit chronischer Appendicitis complicierten Adnexerkrankungen, die Darmerscheinungen schon vor der Operation unterhalten haben. Hierbei könnte eine spätere Entfernung des Wurmfortsatzes eventuell auf extraperitonealem, von Bardenheuer schon 1887 vorgeschlagenem Wege (s. Mitteilungen aus dem Kölner Bürgerhospital IV. Heft S. 114 f.) in Betracht kommen. Bei der vaginalen Operation gilt gegenüber diesen meist sehr schwierigen Fällen in Bezug auf Vollständigkeit und Blutstillung das Gleiche, was bei den Eiterungen auszuführen ist. Auch dürfte eine Entfernung des Wurmfortsatzes von unten her vielfach auf grosse Schwierigkeiten stossen, auf eine Peritonisierung der Wundfläche durch Naht wird man jedenfalls verzichten müssen. Lässt man den Processus vermi-

formis entweder zurück, oder lässt seinen Stumpf in der Beckenwundhöhle in der alten Lage, so bleibt die Möglichkeit von Zerrungen und Reizungen am benachbarten Darm bestehen, wenn eine Entzündung vorher schon im Werke war. Von dem Verfahren, das man bei einzelnen, ganz abnorm schweren, geradezu verzweifelten Fällen, wo das Gewebe eine starre, kaum schneidbare Narbenmasse bildet, in der nicht differenzierbar Tube, Eierstock und Wurmfortsatz eingelagert sind, einschlagen kann, werden wir späterhin noch zu sprechen kommen.

Die Nachteile in der operativen Technik der vaginalen Operation sind von den Gegnern vielleicht in zu drastischer Weise hervorgehoben worden. Die schlechte Beleuchtung und die Enge des Operationsfeldes sind zwar nicht ableugbare Mängel; sie werden aber dem geübten Operateur, namentlich wenn er die Ratschläge Leopold Landau's befolgt, sich nicht in der Weise fühlbar machen, dass er auf die Operationsmethode deshalb absolut verzichten würde. Dagegen muss hervorgehoben werden, dass bei complicierten hochreichenden Beckenabscessen, wenn man wirklich radical vorgehen will, Fälle vorkommen können, in denen die Blutung von unten aus nicht gestillt zu werden vermag. Um so leichter werden solche Fälle vorkommen, wenn der Operateur, um die Operation vaginalwärts zu vollenden, ausgehend von der Ansicht, dass die Patientin das Anschliessen einer Laparotomie nicht mehr auszuhalten vermöge, die Membranen, die sich nicht stielen lassen, mit stumpfer Gewalt auslöst.

Bardenheuer hat in einem solchen Falle, als er nach bereits einstündiger, mühsamer und ziemlich blutiger Operation bei sehr heruntergekommener Patientin, nachdem beiderseits eine mehrkammerige, grosse Pyosalpinx, compliciert mit perimetritischen und Ovarialabscessen bereits durch die Scheide entfernt war unter Freilegung der Ureteren beiderseits und des Processus vermiformis, in der Höhe des letzteren eine Abscessmembran stumpf abzulösen versuchte, eine Blutung bekommen, die nach Herabziehen und möglichst freier Besichtigung des betreffenden Gebietes durch Anhängen von Péans nur scheinbar gestillt wurde. Auch eine feste Gazetamponade hat das Nachsickern von Blut in die Bauchhöhle nicht gehindert. Patientin starb am selben Tage im Collaps, obwohl die Nachblutung nur eine sehr geringe war; nach aussen durch die Vagina war überhaupt kein Blut abgegangen. Eine Laparotomie wäre bei dem geringen Kräftezustand der Patientin schon während des Verlaufs der vaginalen Operation nicht mehr in Betracht gekommen. Analoge Fälle aber hat Bardenheuer auf dem Wege der Totalexstirpation durch Laparotomie ohne Störung zur Heilung gebracht. Solche unerreichbaren Gefässzereissungen werden bei radikal ausgeführten Operationen bei compliciertem Krankheitsbilde des öfteren vorkommen müssen, und nicht immer wird es der Kräftezustand der Patientin erlauben, dass direkt eine Laparotomie angeschlossen wird, wobei die Auffindung des Gefässes auch noch auf sehr grosse Schwierigkeiten stossen kann. L. Landau hat die Laparotomie in einem Falle angeschlossen und

das blutende Gefäss gefunden mit glücklichem Ausgang (s. Gynäkologenkongress 1895).

Es ist ferner bei sogenannten complicierten Beckenabscessen die radikale Entfernung des Erkrankten auf vaginalem Wege ungemein schwierig, ja dieselbe kann unmöglich werden bei hochgelegenen Eitersäcken, die sich nach vorn und oben entwickelt haben und dort mit ihrer Umgebung verwachsen sind. Landau selbst zieht hierbei die Laparotomie mit heran und übt ein combiniertes Verfahren aus, vagino-abdominale Radikaloperation, ein die strenge Durchführung der Aseptik immerhin erschwerendes Vorgehen.

Wie verhält sich nun die vaginale Operation in Bezug auf Verwachsungen des Darmes mit den Adnextumoren? In den älteren eitrigen, mit erloschener Virulenz der Entzündungserreger und in den adhäsiv-chronisch entzündlichen Fällen wird es dem Operateur gelingen, Verwachsungen von unten her ohne Schaden zu lösen. Zurückbleiben können dabei immer kleine Entzündungs- resp. Eiterherde, die zwischen Darmschlingen eventuell mit Beteiligung des Netzes eingeschlossen sind, sodass sich nicht entscheiden lässt, ob wirklich alle Herde entfernt sind. Grosse intraperitoneale Eiterherde wird man ja schon vor der Operation nachweisen und demgemäss verfahren können. Bei kleinen Eiteransammlungen, namentlich frischen gonorrhoischen Ursprungs mit virulenten Gonokokken, bei denen eine Abscessmembran noch nicht vorhanden ist, genügt die blosse Lösung der Verklebungen mit oberflächlicher Verschorfung der entzündeten Serosaflächen durch den Pacquelin, eventuell Uebernähung einer gesetzten Wundfläche durch die etwas gelöste Nachbarserosa, sodass man auf diese Weise behandelte Darmschlingen ohne Besorgnis in die grosse Bauchhöhle reponieren kann. Solche Herde kann man nicht fühlen, man muss sie sehen, und sie liegen oft hoch und versteckt, sodass sie nur bei Laparotomie sichtbar werden. Sie entziehen sich also der Behandlung bei vaginalem Vorgehen und wir gehen damit eines grossen Vorteils gegenüber der Laparotomie verlustig.

Ferner kann man zweifellos bei der vorsichtigsten Lösung derber Adhäsionen an den Adnexen selbst Zerrungen an entfernteren durch frische Entzündung teils unter sich und mit der Bauchwand, teils mit dem Adnexconvolut indirekt verwachsenen Dünndarmschlingen hervorrufen, die bei einer durch die Entzündung bereits hervorgerufenen Läsion der Wand späterhin zur Nekrose der Darmwand mit Fistelbildung Veranlassung geben. Ein solcher Vorgang entzieht sich völlig der Kontrole des Operateurs. Solche Fisteln, die an höhergelegenen Dünndarmschlingen auftreten, werden sich nicht nach unten hin öffnen und eine viel grössere Gefahr in sich bergen, als die häufiger vorkommenden, bei drohendem Durchbruch oft gar nicht zu vermeidenden Fisteln, die durch Lösung der Verwachsungen an den Adnexen selbst entstehen und meist das Rectum betreffen.

Diese pflegen sich nach der Scheide zu entleeren und verlaufen meist günstig.

Es muss andererseits zugestanden werden, dass bei den einfach adhäsiven Entzündungen ohne Eiter die Lösung von Verwachsungen wie bei der Laparotomie möglich ist, da dieselben sich auf das Gebiet der Adnexe zu beschränken pflegen.

Schliesslich möchten wir auf einen Nachteil zu sprechen kommen, den das vaginale Verfahren allerdings mit manchen Operationsmethoden bei Laparotomie teilt, nämlich auf das Zurücklassen von Wundflächen in der grossen Peritonealhöhle. Seitdem Bardenheuer das Princip zurückbleibende Wundflächen zu peritonisieren streng durchgeführt hat, hat er weder bei Tumoren noch bei entzündlichen Adnexerkrankungen Todesfälle, durch Ileus herbeigeführt, zu beklagen. Als von diesem Princip zu Gunsten der vaginalen Operation abgewichen wurde, trat sehr bald ein darauf beruhender Todesfall ein. Etwa am 20. Tage nach vaginaler Radikaloperation wegen Pyosalpinx gonorrh. bilateralis bildeten sich Erscheinungen von Darmoclusion aus, die rasch zum Tode führten. Als Ursache ergab sich Verwachsung einer Dünndarmschlinge an der Wundfläche hinter und oberhalb der Scheidenöffnung mit Abknickung derselben, keine Peritonitis. Wir betrachten es daher als einen grossen Nachteil der vaginalen Methode, dass das Zurückbleiben von Wundflächen in der Peritonealhöhle nicht umgangen werden kann.

Fassen wir zusammen, was dem vaginalen Verfahren von unseren Standpunkte aus vorzuwerfen ist, so ist das

a) bei schweren eitrigen Fällen folgendes:

(Unter „schweren eitrigen Fällen" verstehen wir solche, bei denen der entzündliche Adnextumor der hinteren Beckenwand fest fixiert anliegt und mannigfache Adhaesionen nach oben aufweist, auch wenn keine Eiteransammlung ausserhalb der Tube und des Ovariums sich befindet).

1) Die Ungewissheit, ob nicht erkrankte Teile zurückgeblieben sind.

2) Die Unsicherheit der Blutstillung.

3) Der Mangel an Controlle über Verletzung von Darmschlingen, die dem Operationsfeld fern liegen.

b) bei schweren ausgedehnten adhaesiven Entzündungen. (Wir verstehen hierunter Entzündungen mit flächenhafter Adhaesion des Uterus und narbiger Verdickung des Bindegewebes des Ligamentum latum, ohne Vorhandensein von Eiter).

1) gleichfalls die Unvollständigkeit der Operationsmethode, namentlich bei Komplikation mit Periappendicitis

2) die Unsicherheit der Blutstillung.

c) bei allen Fällen, den schweren eitrigen, den schweren adhaesiven, den leichten eitrigen, (Pyosalpinx mit strangförmigen Adhaesionen) schliesslich den leichten adhaesiven (nur strangförmige Adhaesion):

Das Zurücklassen von Wundflächen in der grossen Peritonealhöhle, die zu Verwachsungen mit dem Darm und zur Abknickung desselben führen können, ferner eine Infection des Peritoneums begünstigen.

Die Schwierigkeit das Operationsfeld zugängig und übersichtlich zu machen sammt den daraus hervorgehenden Fehlerquellen betrachten wir der Laparotomie gegenüber allerdings als einen Mangel bei den leichten eitrigen und leichten adhaesiven Fällen; würden uns aber durch diesen allein nicht davon abhalten lassen, das Verfahren hierbei zu benutzen.

Wenn wir nun der Ansicht sind, dass die Entfernung des Uterus einen grossen Vorzug gegenüber der blossen Adnexoperation bedeutet, wenn wir dagegen dem vaginalen Verfahren uns im allgemeinen nicht anschliessen können, so folgt daraus, dass wir durch weitere Ausbildung der abdominalen Methode uns einen Weg suchen mussten, der die erwähnten Nachteile nach Möglichkeit vermeidet. Bardenheuer hat nun nach vereinzelten früheren Versuchen, namentlich im Anschluss an das von ihm schon lange geübte Verfahren der Totalexstirpation per laparotomiam bei Uterustumoren eine Methode ausgebildet, die sich uns bisher als sehr brauchbar erwiesen hat und die zugleich unseren Anforderungen an Drainage genügt. Wir schicken die Beschreibung dieser Operationsmethode, weil sie gewissermassen eine Erklärung für unser Vorgehen in manchen Teilen bietet, allem Weiteren voraus. Um Wiederholungen in den nachfolgenden Krankenjournalen vorzubeugen, lassen wir die regelmässigen Einzelheiten des Verfahrens hier folgen und erwähnen späterhin nur Abweichendes oder Besonderes.

Mehrere Tage vor der Operation Rasieren der Schaamhaare, Ausspülung der Scheide, Reinigung des Darms. Wir wenden die combinierte Chloroform-Aether-Narkose an, d. h. wir chloroformieren an und gebrauchen dann Aether, nach vorhergehender Injection einer Morphium-Atropinlösung. Vor der eigentlichen Operation ausser Reinigung Verschorfung des Cervicalkanals mit dem Paquelin und Tamponade der Scheide. In schwierigen Fällen bleibt der Katheter liegen. Dann starke Beckenhochlagerung auf dem Trendelenburg'schen Tisch. Bei der Operation strenge Aseptik. Eröffnung der Bauchhöhle durch Längsschnitt vom Nabel bis zur Symphyse. Den queren suprasymphysären Schnitt wendet Bardenheuer seit 1893 nur sehr selten an. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle Annähen des Peritoneum an die Haut durch einige Knopfnähte, Einführung trockener steriler Gazekompressen, sodass dahinter nichts hervorkommt. Durch Fritsch'sche Hacken Auseinanderziehen der Wundränder, eventuell vorsichtige Lösung der Verwachsungen, bis die obere Fläche der Adnextumoren und des Uterus freiliegt. Netz wird abgelöst und mit dem Paquelin abgetragen. In schweren Fällen, wenn der Adnextumor infolge von Pachypelviperitonitis und Parametritis als einheitliche Masse der Beckenwand anliegt, wird der vordere peritoneale Ueberzug etwas oberhalb der Uebergangsfalte von da an,

wo er locker aufsitzt, vom Uterus und den Adnextumoren nach beiden Seiten hin abpräpariert, meist stumpf, soweit bis man ein zusammenhängendes peritoneales Blatt wie einen Vorhang bequem vor dem Uterus und vor den Eierstöcken emporhalten kann, eventuell durch einen durchgeführten Faden. Damit ist das Beckenzellgewebe eröffnet, die untere Hälfte des Uterus und der Adnexe liegen an der vorderen Fläche ohne serösen Ueberzug vor. Dann folgt intraligamentäres Ausschälen der Adnextumoren in toto von der knöchernen Beckenwand unter Ausziehen eines lateralen Gefässstieles, des verdickten und verbreiterten Ligamentum ovarico-pelvicum, das nach Anlegung von Péans scharf durchtrennt wird; es erfolgt dieses Ausschälen immer von vorne und unten her, damit bei der Eröffnung von Eiterabsackungen der Inhalt intraligamentär zum Ausfluss gelangt und aufgesaugt werden kann, ohne dass er mit der Peritonealhöle in Berührung kommt, und zwar erfolgt dies Auslösen soweit, bis die Adnexe mobilisiert sind; es geschieht beiderseits bis zum Uterus hin. Scharfe Durchtrennung des Gewebes erfolgt hierbei erst, nachdem die Fadenschlinge einer fortlaufenden Naht oder einer einzelnen Umstechungsnaht die Gefässe des Gewebes abgeschnürt hat, so dass der Blutverlust minimal ist.

Bei einer bestehenden Absackung des Douglas von der Peritonealhöhle durch fibröse Schwarten, welche von der hinteren Beckenserosa bez. dem Rectum aus zum Peritoneum an der hinteren Fläche des Uterus, sowie der Tube und des Eierstocks ziehen, werden die letzteren von dem Uterus und den Adnexen als eine möglichst zusammenhängende Schicht vom oberen Rande jenes beginnend, abgelöst. Diese Schicht wird mitbenutzt zum Abschluss des Douglas gegen die Peritonealhöhle, wie im Folgenden angegeben wird. Dann weiteres subperitoneales Lösen des Uterus vorn von der hinteren Blasenwand streng entlang und dicht an der vorderen Muskelwand des Uterus eventuell bei Parametritis anterior in dieser. Das sich präsentierende Scheidengewölbe wird mit einer starken Pincette in einer Falte emporgehoben und vorne mitten durch einen Scheerenschlag eröffnet. Durch die eröffnete Scheide führt man sofort eine mit langem Faden armierte Nadel, dieselbe fast einmal den peripheren Scheidenwundrand, dann das anstossende subperitoneale Wundgewebe hinter der abgelösten Blase; der Faden wird geknotet. Man bleibt dabei vom Wundrand des Peritoneums selbst etwas entfernt, da derselbe zur nachfolgenden Abdachung der Beckenwundhöhle verwendet werden muss. Alsdann wird wieder ein Stück Scheide incidiert und wieder das betreffende abgetrennte Stück mit dem angrenzenden Wundegewebe durch fortlaufende Naht vernäht. So geht man rings um den Cervix herum, welcher mit einer Kugelzange stark nach hinten und oben gehalten wird, dicht an denselben sich haltend, indem man die Scheide stückweise durchtrennt und den entfernten Scheidenwundrand vernäht mit dem angrenzenden Wundgewebe. Dieses ist seitlich verdicktes Parametrium, ebenso an der hinteren Scheidenwand verdicktes

schwartiges Subserosium. Dieser Akt vollzieht sich sehr rasch. Die Blutung vermeidet man, obwohl man zuerst durchschneidet und dann umsticht, völlig durch die starke Spannung des Gewebes. Ureterenverletzung ist nicht zu fürchten, wenn man sich nur immer nahe der Scheide hält. Alsdann werden die Adnextumoren im Zusammenhang mit dem Uterus seitlich und vorne völlig freigemacht und hängen hinten noch durch schwartige hochreichende Massen mit der hinteren Beckenwand, event. dem Rectum zusammen. Das ganze Convolut wird weiter von unten herausgeschält unter Beihilfe von oben her, wie erwähnt, wobei man absackende Schwarten conserviert.

In den Fällen, wo die Adnexe nur strangförmige Adhäsionen aufweisen, erfolgt sogleich Mobilisieren derselben von aussen her durch meist stumpfes Lösen ihrer Verwachsungen als erster Akt; dann Abtrennen des ausgezogenen lateralen Gefässstieles, beiderseits Continuitätsligaturen nach dem Uterus hin. Abpräparieren des vorderen Serosaüberzuges von diesem, beginnend etwas oberhalb der Umschlagsfalte, und nach den Seiten hin von dem unteren Teil, nämlich von der Gefässplatte des Ligamentum latum. Alles Uebrige erfolgt wie vorher beschrieben. Beim circulären Umschneiden der Scheide kann man an der hinteren Peripherie das Peritoneum zur Umsäumung mitbenutzen, was meist geschieht, oder man führt die Nadel im Subserosium und ohne die Serosa selbst mitzufassen. Je nachdem kann man es später zum Abschluss der Beckenwundhöhle mitbenutzen.

Wenn dieser Teil der Operation vollendet ist, wenn also der Uterus meist im Zusammenhang mit den beiden Adnexen entfernt ist, erfolgt Abtragung noch etwa vorhandener Abscessmembranen, Freimachen, eventuell Exstirpation des in Verwachsungen eingebetteten Wurmfortsatzes mit retroperitonealer Lagerung des Stumpfes, genaue Blutstillung, dann Reinigung durch trockenes Abreiben, Umlagerung der Bauchwunde mit frischen Handtüchern, — der Operateur und die Assistenten waschen sich wiederum sorgfältigst, — eventuell neue Instrumente. Dann wird die grosse Peritonealhöhle abgeschlossen, und zwar völlig gegen die Wundhöhle, die im kleinen Becken zurückbleibt. Hierbei werden 2 Verfahren verwendet.

I. Bei Fällen mit geringer tiefsitzender Adhaesionsbildung bestehend in strangförmigen Verwachsungen genügt es in **seltenen** Fällen, die Serosa des vorderen Blattes der Duplicatur mit der des hinteren zu vernähen unter Einsenkung der seitlichen Gefässstümpfe. Diese Art des Abschlusses findet fast nur nach Uterusextirpation bei Tumoren ihre Anwendung, sehr selten bei entzündlicher Adnexerkrankung. Der Defect, welcher in der Mitte entstanden ist durch die Wegnahme des Uterus, wird überdacht, indem man den Wundrand des vorderen Peritonealblattes, welches man sich von der vorderen Fläche des Uterus abpräpariert hat, mit demjenigen im Douglas am hinteren Scheidenwundrand durch eine fortlaufende Naht vereinigt. Ein-

und Ausstichtsöffnung der Nadel liegen ganz in der Peritonealfläche, sodass Serosa mit Serosa flächenhaft vernäht und der Wundrand des Peritoneum vaginalwärts eingestülpt wird. Hat man das hintere Peritonealblatt zur Umsäumung der Scheide mitbenutzt, so lässt sich diese Naht ohne Verengerung der Vaginalöffnung und leichte Zerrung nicht ausführen; man benutzt besser zum Abschluss hinten einen höher gelegenen Teil und zwar parietale Beckenserosa, die hier nahe ihrem Uebergang in das Mesorectum so locker ist, dass man sie leicht in einer Falte emporheben und vorne mit dem vorderen Serosablatt hinter der Blase ohne Spannung vereinigen kann. Es genügen zu dieser Abdachung zwei längere Fäden, wobei man mit dem einen von der rechten, mit dem andern von der linken Seite her fortlaufend zu nähen beginnt; sie treffen sich dann ungefähr in der Mitte und werden mit einander geknotet. Dieses Verfahren ist, wie erwähnt, sehr selten bei entzündlicher Adnexerkrankung zur Abdachung ausreichend, da meist grosse Wundflächen im Douglas bestehen, die auf diese Weise nicht von der Bauchhöhle ausgeschaltet werden können. Es genügt dagegen häufiger bei Tumoren des Uterus.

II. In allen Fällen, in denen peritoneale Wundflächen am Darm oder an der Beckenwand im Douglas zurückbleiben, müssen dieselben durch einen über ihnen liegenden hohen Abschluss von der grossen Peritonealhöhle ausgeschaltet werden. Die Scheidewand muss die sämmtlichen Wundflächen überdachen. Sehr leicht erhält man diesen Abschluss in den Fällen, wo es gelingt an der hinteren Seite eine zusammenhängende Schwartenwand zu erhalten. Hierbei wird der vordere Peritonealwundrand mit der oberen Fläche der Schwarte durch eine fortlaufende Naht verbunden. Bei sehr schweren eitrigen Processen benutzt Bardenheuer den Situs, welchen er vorfindet, geht, eventuell unter Anwendung des queren suprasymphysären Schnittes unterhalb der von der Natur gebildeten Abkapselung vor und führt so die ganze Operation gewissermassen extraperitoneal aus. Sonst dient zum hohen Abschluss vorne das zurückpräparierte erhaltene Serosablatt wie sub. 1. Hinten werden je nach Lage der Verhältnisse ausser Teilen des hinteren Blattes der Duplicatur verschiedene Teile herangezogen: **1.** parietale Beckenserosa, soweit sie über den Wundflächen liegt, **2.** rechts wie links das leicht entfaltbare Mesorectum, **3.** links das Mesocolon der Flexur mit seiner nach unten, resp. nach links sehenden Fläche, **4.** kann der seröse Ueberzug des Rectum mitbenutzt werden da, wo er locker anliegt, nämlich wo die Appendices epiploicae inserieren (nur in seltenen Fällen nöthig), **5.** sind von grösster Wichtigkeit die Appendices epiploicae selbst, namentlich wenn sie entzündlich verdickt sind. Sie sind vorzüglich geeignet um Lücken im Abschluss auszufüllen. Es ist ferner bei dieser Art des Abschlusses zu bemerken, dass die einzelnen Teile nicht streng in sagittaler Richtung vereinigt werden. So hebt man zum Beispiel

Peritonealfalten vor der Synchondrosis sacroiliaca auf und vereinigt sie in transversaler Richtung unter sich und mit der zugehörigen Fläche des Mesocolons und zieht sie dann erst nach vorn an das vordere Serosablatt. Man muss sich die Herstellung eines lückenlosen Daches eben in jeder Weise zu erleichtern suchen. Zu beachten ist einmal, dass die Naht niemals spannt, ferner dass Blase und Rectum nicht gezerrt werden dürfen.

Nach vollendeter Exstirpation des Uterus und der Adnexe schlägt also Bardenheuer, um das Vorgehen an einem Beispiel zu illustrieren, folgendes Verfahren ein. Er hebt zunächst vor der rechten Synchondrosis sacroiliaca das locker anliegende Beckenperitoneum in mehreren Falten in die Höhe und fasst die Spitze dieser Falten mit einer Nadel, dieselbe fasst weiter den peritonealen Ueberzug des nach unten und innen gezogenen lateralen Beckengefässstieles, des Ligamentum ovario-pelvicum, und wird von hier durchgeführt durch den äussersten Teil des Wundrandes der vorderen Duplicatur. Das Peritoneum wird immer etwas entfernt von seinem Wundrand mit der Nadel durchstochen, damit beim Zuziehen der Schlinge Serosa flächenhaft an Serosa liegt und der Wundrand vaginalwärts invertiert ist. Durch Schliessung dieser Fadenschlinge wird das Peritoneum von der Synchondrosis nach vorn gehoben und ein Abschluss nach der rechten Seite des Colons gegen den Douglas gewonnen, indem noch 2 oder 3 analoge Näthe nachfolgen. Die Wundhöhle ist in ihrem transversalen Durchmesser stark verkleinert, der Stumpf des Beckengefässstiels ist vaginalwärts versenkt. Dasselbe geschieht nunmehr auf der linken Seite. Die fortlaufende Naht fasst nun weiter in Falten emporgehobene parietale Beckenserosa, die besonders locker ist und sich am leichtesten vorziehen lässt da, wo sie in das Mesocolon der Flexur und des Mesorectum übergeht und vereinigt sie mit dem vorderen Serosablatt; mehrere Appendices epiploicae werden namentlich über der Scheidenöffnung miteinbezogen, indem die Nadel sie oberflächlich fasst. Zum Schluss trennt eine durch Vernähung von Serosaflächen entstandene Scheidewand die grosse Bauchhöhle von der Beckenwundhöhle unter Invertierung der Wundränder und der seitlichen Stümpfe nach der Scheide zu und ohne dass Wundflächen oberhalb des Abschlusses bestehen.

Bevor der Abschluss auf die erste oder zweite Art vollendet ist, wird die Wundhöhle locker mit Jodoformgaze tamponiert, deren Endfäden zur Scheide herausgeleitet werden. Dieselbe legt sich dabei in alle Ausbuchtungen der Wundhöhle hinein.

Dann wird einzeln das Peritoneum parietale der Bauchwand, die Fascie und die Haut durch Catgutknopfnäthe geschlossen. Das Peritoneum wird auch häufig durch fortlaufende Naht vereinigt. Der Catgut war bisher durch trockene Hitze sterilisiert. Zwei durchgreifende Silberdrähte

sichern die Naht. Aseptischer Verband. Nahtbehandlung mit Opium. In den ersten Tagen nur Flüssiges. Entfernung der Gazestreifen aus der Wundhöhle spät, meist erst nach dem 8. Tage. Aufstehen nicht vor 4 Wochen.

Betrachten wir zunächst die Nachteile, welche dem abdominalen Verfahren als solchen gegenüber dem vaginalen anhaften, so wäre die Schwere des abdominalen Eingriffes, d. i. die stärkere Herabsetzung des allgemeinen Wohlbefindens hervorzuheben, wie sie nach abdominalen Operationen Regel zu sein pflegt. Es muss entschieden zugestanden werden, dass die Patientinnen nach der Laparotomie sich durchschnittlich schwach fühlen, schwächer, als nach dem entsprechenden vaginalen Eingriffe. Indessen pflegen sie sich nach unseren Erfahrungen auch nach Totalexstirpation sehr rasch zu erholen und es ist in den letzten 6 Jahren kein einziger Fall von irgendwie bedrohlichen Collaps nach Adnexexstirpation zur Beobachtung gekommen. Letzteres wird erreicht durch den sicheren Abschluss der Abdominalhöhle mittelst grosser die Darmschlingen gegen das Zwerchfell drängenden Kompressen, wie es bei der Trendelenburg'schen Lage sich leicht ausführen lässt. Hierdurch wird der von der lange dauernden Berührung mit der Peritonealhöhle abhängige Collaps eliminiert. Ferner ist der Blutverlust bei unserem Vorgehen ein äusserst minimaler. Meist verlieren die Patientinnen kaum einige Esslöffel Blut, weil wir stets mit der Schlinge der fortlaufenden Naht die Gefässe abschnüren, ehe wir dieselben durchschneiden. Wir sind sogar zu der Ueberzeugung gelangt, dass bei sogenannten schweren Fällen ein Exitus infolge Grösse und Ausdehnung der Operation im direkten Anschluss an dieselbe beim vaginalen Verfahren leichter eintreten kann, wie wir es selbst erlebt haben. Die Sicherheit beim abdominalen Vorgehen wiegt den transitorischen Schwächezustand der ersten Tage auf. Die längere Dauer der Operation kann ferner bei gut geleiteter Narkose und bei dem oft kaum nennenswerten Blutverlust uns nicht so bedenklich erscheinen. dass wir deshalb ein anderes Verfahren aufsuchen müssten. Was die längere Zeit erfordernde Nachbehandlung anbetrifft, so müssen wir eingestehn, dass wir nach einem derartigen Eingriff, noch dazu bei infektiöser Erkrankung, auch bei vaginalem Vorgehen eine 4-wöchentliche Bettruhe für Erfordernis halten. Es ist allerdings richtig, dass bis zum Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit durchschnittlich mindestens 8 Wochen verlaufen und bei älteren Personen noch mehr. Diese Erfahrung drängt sich uns mehr auf und macht sich stärker als in Kliniken bemerkbar, da wir die Kranken, wenn sie es nicht selbst verlangen, erst zu entlassen pflegen, nachdem wir uns längere Zeit überzeugt haben, dass sie Hausarbeit ohne Schaden verrichten können.

Einen Hauptvorzug soll das vaginale Verfahren durch die geringe Gefahr der Infektion der Peritonealhöhle besitzen. Selbst die strengste Aseptik vermag nicht immer diese

Gefahr von der Bauchhöhle fernzuhalten, wobei wir zunächst absehen von den Fällen, wo die Entzündungserreger in den Adnexen selbst enthalten sind. Wir möchten darauf verweisen, dass wir bei nicht eitrigen Fällen noch keinen durch Peritonitis verloren haben und zwar bei einer Zahl von **67** doppelseitigen Adnexexstirpationen und **8** Radikaloperationen durch Laparotomie, ausgeführt seit April 1891. Wir müssen allerdings zugeben, dass unter **56** Adnexexstirpationen **32** Radikaloperationen bei Eiterung und **14** Nachexstirpationen des Uterus, also Summa **102** Operationen, sich **7** Todesfälle an diffuser Peritonitis befinden. Davon kommen wieder **4** auf Pyosalpinx gonorrhoischen Ursprungs. Indessen lagen hier **3 Mal** die Verhältnisse so kompliziert, dass wir der Laparotomie keine Schuld an dem unglücklichen Ausgang geben können, zumal da Bardenheuer damals unter Anwendung des suprasymphysären Schnittes und Eingehen unterhalb der Verwachsungen, welche die Bauchhöhle völlig abschlossen, mit der grossen Peritonealhöhle nicht mehr in Berührung gekommen war, als bei einem vaginalen Verfahren nötig gewesen wäre. Es restiert als vierter Todesfall an Peritonitis eine Nachexstirpation des Uterus bei Pyosalpinx im Tubenrest auf gonorrhoischer Basis ohne nachweisbare Gonokokken. Unter **177** Laparotomien der einzige Todesfall, wo dem abdominalen Wege die Schuld zugeschoben werden könnte.

Bei den übrigen **3** Todesfällen an Peritonitis lagen **1 Mal** sehr virulente Streptokokken, **1 Mal** Staphylokokken mit sehr verwickelten Verhältnissen vor. Bei der Methode, die wir zur Zeit anwenden, kommt die grosse Peritonealhöhle so gut wie gar nicht in Betracht. Ausfliessender Eiter kommt durchschnittlich nur mit solchen Teilen der Beckenhöhle in Berührung, die später von der Peritonealhöhle abgeschlossen und nach unten drainiert werden. Wir verloren bei den **32** Fällen von Radikaloperation bei Eiterung **einen** allerdings an diffuser Peritonitis, wahrscheinlich durch Mangel an Vorsicht während der Operation in Anbetracht der scheinbaren Harmlosigkeit des Falles. Später stellte sich heraus, dass im Ovarium Eiterherde mit Staphylococcus pyogenes aureus vorhanden waren und demgemäss wahrscheinlich auch in der anscheinend wenig veränderten, nicht geschlossenen Tube. Solche Fehlerquellen werden sich aber nach den gemachten Erfahrungen ausschliessen lassen. Im übrigen können wir das vaginale Verfahren in diesem Punkte nicht zum Vergleich heranziehen, da wir die Ursache der Todesfälle bei demselben nicht eruieren konnten ausser bei Leopold Landau. Derselbe hatte einen einzigen Todesfall überhaupt unter seinen **108** Operationen und zwar an eitriger Peritonitis, und es ist dieser Fall unter den nicht eitrigen Fällen von Adnexstirpation mitgerechnet.

Ferner käme für uns in Betracht der Vorwurf der Bauchhernien bei Laparotomie sowie die aussen sichtbare Narbe. Mit dieser müssen allerdings die Patientinnen sich abfinden. Was

die Bauchhernien anbetrifft, so lassen sich dieselben gleichfalls nicht mit Sicherheit vermeiden, wohl aber durch ein sorgfältig durchgeführtes Nahtverfahren an Zahl und Grösse sehr einschränken, vergl. im übrigen Winter: „Ueber Bauchnaht und Bauchhernien" nebst Diskussion (Verhdlg. d. Gynäkologenkongresses, Wien 1895).

Bei Patientinnen mit kräftig ausgebildeten Fascien und guter Muskulatur können wir mit ziemlicher Sicherheit einen guten Erfolg unserer Nahtmethode voraussagen; anders allerdings bei sehr fettleibigen Personen mit ausgebildeter Muskelverfettung. Wir suchen uns gegen diesen Nachteil zu schützen, indem wir einmal alle solche aus der letzteren Kategorie, ferner überhaupt alle diejenigen, welche anstrengender Arbeit sich unterziehen müssen, eine Bardenheuer'sche Leibbinde tragen lassen. Die Patientinnen sind mit derselben sehr zufrieden und können wir auch auf Grund unserer früheren Erfahrungen uns dahin aussprechen, dass von den mit Längsschnitt Operierten seit Jahren keine einzige von diesen wegen Beschwerden infolge Bauchbruchs zur Beobachtung kam. Wir können hieraus einen ziemlich weitgehenden Schluss ziehen, da die der arbeitenden Klasse angehörigen Patientinnen jede Veranlassung um Armenunterstützung zu erhalten, zu benutzen pflegen und sich alsdann an uns zu wenden gezwungen sind.

Man hat nun beobachtet, teils bei Autopsieen, teils bei Wiederholung von Laparotomien, dass des häufigeren Netzteile mit der Bauchnarbe verwachsen sind. Wenn solche Verwachsungen die Regel sind, so würden sie ein ernstes Bedenken gegen das Einschlagen eines abdominalen Operationsverfahrens bilden; denn wenn sie wohl auch selten bei ihrer Lage zu Knickungen des Darmes Anlass geben, Beschwerden mannigfacher Art und namentlich Magenbeschwerden werden doch daraus resultieren können. Wir glauben nun, dass eine sorgfältige Naht des Peritoneums unter Einstülpung der Wundränder nach aussen hin uns gegen solche Verwachsungen schützen kann. Wird doch das Netz überhaupt bei der Laparotomie nicht lädiert in den Normalfällen und giebt doch erst die Läsion zweier gegenüberliegender Serosaflächen zur Adhäsionsbildung Veranlassung.

Bei unserem Verfahren hält eine trockene Gazeserviette die Eingeweide zurück, aber innerhalb der Bauchhöhle selbst. Graser (Chirurgenkongress 1895) giebt bei seinen experimentellen Untersuchungen an, dass bei der Luft ausgesetztem Peritoneum, das mit hydrophiler Gaze bedeckt ist, späterhin Verwachsungen eintreten. Lässt man dagegen die Eingeweide in der Bauchhöhle, so liegen wesentlich andere Verhältnisse vor; wir glauben, dass man alsdann eine feuchte Aseptik, wie sie Sänger vorschreibt, entbehren kann. Eventuell würde das Experiment darüber Auskunft geben. Jedenfalls steht für uns fest, dass, seitdem wir durch trockene Gazeservietten die Teile in der Bauchhöhle zurückhalten und seitdem wir das Peritoneum

sorgfältig nähen, wir bei Wiedereröffnung der Bauchhöhle nur dann Verwachsungen des Netzes in der Bauchnarbe gefunden haben, wenn dieselben vor der I. Operation auch schon bestanden hatten. Das ändert die Sachlage völlig, denn selbst bei ausgedehnter Resektion und Verschorfung der Wundfläche mit dem Paquelin und in solchen Fällen von früherer Verwachsung wird die Neigung zur Adhäsionsbildung auch späterhin weiter bestehn, da immer eine seröse Wundfläche zurückbleibt, eventuell auch infektiöser Stoff, der das Zustandekommen von Verwachsungen ja besonders begünstigt, vielleicht sogar ohne lebende Infektionserreger, nur durch chemische Anätzung und Läsion der Serosa. In diesen Fällen bietet ein vaginales Vorgehen aber keinerlei Vorteil, alsdann bleiben einfach die primären Adhäsionen bestehen, während wir bei der Laparotomie doch wenigstens Chancen haben in manchen Fällen dieselben zu beseitigen.

Dem früheren Verfahren der Adnexoperation per laparotomiam konnte mit einem gewissen Recht der Vorwurf der Unvollständigkeit und Unausführbarkeit in komplizierten Fällen gemacht werden. Dies trifft bei der abdominalen Radicaloperation nicht mehr zu. Wir sind der Ueberzeugung, dass selbst in den schwierigsten Fällen die Loslösung der allseits verwachsenen Adnextumoren gelingen muss und zwar können wir, da das Operationsgebiet freiliegt und die Blutstillung gewissermassen gegeben ist, mit viel grösserer Ruhe und Sicherheit arbeiten als von der Vagina her. Wir werden uns dabei auch nicht scheuen, bei festen Verwachsungen mit Hohlorganen dieselben zu lösen, selbst auf die Gefahr hin, jene eröffnen zu müssen, ebenso wie bestehende Fisteln uns nicht abhalten werden, radikal vorzugehen. Eröffnete Hohlräume oder resecierte Teile werden wir, wenn es ohne Zerrung möglich ist, in den obenerwähnten Abschluss einbeziehen, oder wir werden für dieselben, wenn wir sie nicht so lagern können, einen zweiten analog gebildeten Abschluss von der grossen Peritonealhöhle herstellen, den wir dann nach aussen drainieren müssen. So lagerten wir **2 Mal** verletztes Rectum innerhalb des Abschlusses, **1 Mal** bildeten wir einen zweiten besonderen Abschluss für den durchtrennten und genähten Ureter, ein **weiteres Mal** einen ebensolchen für den genähten Darm. In den zwei ersterwähnten Fällen von Rectumverletzung trat jedesmal Durchbruch ein und zwar ohne Schaden für die grosse Bauchhöhle, ebenso bei der Verletzung des Ureters.

Ueberhaupt erscheint uns speciell dieser Teil unserer Methode als ein grosser Vorzug derselben. Der Gedanke, dass man peritoneale Wundflächen sowie Wundhöhlen des Nachbargewebes überhaupt nach Möglichkeit von der grossen Peritonealhöhle abschliessen und nach aussen drainieren soll, hat Bardenheuer bei seinen abdominalen Operationen schon lange geleitet. Man vergleiche über diesen Punkt die Veröffentlichung Frank's, seines ehemaligen Assistenten im Centralblatt f. Gynäkologie, 1881, H. 25. Es ist ein grosses Verdienst Frank's, dass er für

diesen Gedanken stets mit Wort und Schrift eingetreten ist, so auf der Naturforscherversammlung 1893 zu Nürnberg, auf dem internationalen Kongress zu Rom und des Oefteren im gynäkologischen Verein zu Cöln. Speciell bespricht er auch die Möglichkeit des Abschlusses der Becken- von der Bauchhöhle. Auch andere Operateure haben wenigstens teilweise diesen Gedanken anerkannt und befolgen ihn, indem sie bei Uterusexstirpation wegen Tumoren durch Naht oder Invagination der Beckenserosa die Wundfläche des Beckenzellgewebes von der Bauchhöhle abschliessen. Bardenheuer hat zuerst bei der Exstirpation der carcinomatösen Uterus den Douglas ganz offen gelassen und späterhin ein Catgutnetz eingelegt. (Vergl. Bardenheuer, die Drainierung der Peritonealhöhle 1881.) Er kam dann allmählich dahin, dass er bei seinen peritonealen Operationen nach Möglichkeit es vermied, mit der grossen Bauchhöhle in längere Berührung zu kommen, indem er bei Beckenabscessen, um abzusehen von den entzündlichen Processen an Wurmfortsatz, Gallenblase etc. die von der Natur durch Adhäsionen hergestellte schützende Decke nach oben hin erhielt und vom suprasymphysären Schnitt aus fast völlig intracapsulär die Beckenorgane ausschälte. Die Ableitung der Sekrete fand hierbei durch lockere Jodoformgazetamponade nach der Bauchwunde oder bei Mitentfernung des Uterus, wenn dieser gleichzeitig Sitz eines Tumors war, nach der offen gelassenen Vagina hin statt. Den von der Natur gebildeten Abschluss pflegte Bardenheuer hierbei durch Hereinziehen von Beckenserosa, von Appendices epiploicae etc. zu vervollständigen. Der gute Erfolg nach diesen schweren Operationen führte allmählich zur Entwickelung und konsequenten Anwendung der jetzigen Methode.

Wir ahmen mit dem Abschluss gewissermassen nach, was die Natur uns lehrt. Es ist geradezu wunderbar zu beobachten, wie bei virulenten Eiterungen im Douglas das Colon, die Appendices epiploicae, das Netz, überhaupt die anliegenden Teile herangezogen und benutzt werden, um den Process auf das kleine Becken zu beschränken. Durch ein oft vollständiges Dach ist dasselbe durch die adhäsiven Verbindungen seiner entzündeten Organe mit den Nachbarorganen von der grossen Peritonealhöhle abgeschlossen. Den grössten Anteil an dieser Dachbildung hat die darüber gezogene Flexur und das entfaltete Mesocolon derselben, sowie das Mesorectum, an zweiter Stelle die stark verdickten Appendices. Oft ist Netz, zuweilen sind Dünndarmschlingen mit in die abschliessenden Teile hineinbezogen. Diese pflegen wir bei unserm künstlichen Abschluss bicht mitzubenutzen, weil dadurch Zerrungen entstehen könnten. Netzverwachsungen, ebenso Verwachsungen einzelner Dünndarmschlingen pflegen wir zu lösen. Das mit dem Paquelin resecierte Netz, ebenso die gelösten Dünndarmschlingen werden in die grosse Banchhöhle reponiert. Wenn ein sehr virulenter Process vorliegt, wobei der Beckenabschluss ein völliger, sehr komplicierter ist, mitgebildet durch ein

Convolut von entzündetem Netz und Darmschlingen, erscheint es ratsam, unter diesem schützenden Dache vorzugehen und dasselbe nach Möglichkeit zu konservieren, zumal mit grossen Wundflächen in die Bauchhöhle reponierte Dünndarmschlingen in viel ungünstigerer Weise unter einander adhärent werden können, abgesehen von der grossen Infektionsgefahr, welche ihre Lösung mit sich bringt. In diesem Falle geht Bardenheuer von vornherein eventuell unter Anwendnng des Symphysenschnittes unter den Verwachsungen hin vor und vervollständigt später nur das schützende Dach nach oben. In weitaus den meisten Fällen aber gelingt es, eine Scheidewand zu gewinnen, ohne das man gezwungen ist, Netz oder Dünndarmschlingen mithereinzunehmen, indem man den Abschluss in der früher beschriebenen Weise bildet.

Der Vorteil dieser Art des Abschlusses ist ein doppelter.

Durch die gegebene Drainage nach unten, durch die Vagina am tiefsten Punkt wird eine vorzüglich drainierte Wundhöhle dargestellt, die durch Vernähung seröser Flächen völlig von der grossen Peritonealhöhle abgeschlossen ist. Diese Wundhöhle ist eine einheitliche, in der es nicht leicht zur Sekretverhaltung kommen kann. Das Wundsekret wird nach unten abgeleitet; infektiöse Stoffe kommen mit den Teilen der grossen Bauchhöhle nicht in Kontakt und erscheinen uns sicherer von derselben abgeschlossen und am Aufsteigen nach oben verhindert, als wenn wir, wie bei Gazetamponade ohne Abschluss, uns auf das Eintreten von Adhäsionen verlassen müssen, deren Ausbildung und schützende Kraft nicht immer die gleiche ist.

Nach den Erfahrungen, die wir über diese Art der Drainage d. i. Drainage resp. lockere Tamponade eines abgekapselten Teiles der Peritonealhöhle gemacht haben, schreiben wir derselben einen viel höhern Wert zu als Czempin in seiner Veröffentlichnng unter „Laparotomie mit und ohne Drainage“ (Monatsschrift für Gynäkologie, Ergänzungsheft 1895) derselben im allgemeinen einzuräumen geneigt ist. Unsere Schlussfolgerungen sind daher auch von den seinigen verschieden. Die grosse Gefahr, welche die Eröffnung des hochgradig infektionsfähigen Beckenzellgewebes mit sich bringt, erscheint auch uns als Punkt von fnndamentaler Wichtigkeit. Wir suchen dieselbe auszuschalten durch unseren Abschluss verbunden mit Drainage nach unten. Wir glauben nämlich, dass wenn wir ein solches eröffnetes Beckenzellgewebe nach der Peritonealhöhle hin abdachen und durch die Vagina drainieren, die Bauchhöhle etwaige trotz aller Vorsicht während der Operation hineingelangte Entzündungserreger zu bewältigen vermag, da die in ihr bleibenden Teile bei der Operation nicht lädiert oder angegriffen werden, wie ja dem unverletztem Peritoneum ein sehr grosses Schutzvermögen experimentell nachgewiesen ist; ferner glauben wir, dass die Bauchhöhle vor späterer Infektion selbst von

einem geradezu phlegmonösen Beckenzellgewebe, das genügend drainiert ist, durch den Abschluss geschützt ist und zwar besser und sicherer, als wenn man sich, wie bei Gazetamponade, auf eintretende Verklebungen verlassen müsste, da wir nicht sicher sind, ob diese auch genügend und in einer zweckentsprechenden Weise eintreten, z. B. Verwachsungen eventuell Knickungen von Dünndarmschlingen! — Auch bleibt kein Blut oder zersetzungsfähiges Material in der grossen Bauchhöhle zurück. Wenn also Czempin die Forderung aufstellt, da der günstige Erfolg einer Laparotomie nicht von der Drainage abhänge, sondern von der nicht vorhandenen Virulenz der Entzündungserreger, dass man das acute Stadium vorbeilasse und zwar genügend lange, ca. 6 Monate, bevor man operiert, so können wir ihm hierin nicht folgen. Wir pflegen die ersten Fiebertage abzuwarten, weil das Fieber die klare Uebersicht über das Befinden der Patientin nach der Operation erschwert. Hält aber das Fieber länger als 1 Woche an oder drohen gar Durchbruchserscheinungen, so wird operiert trotz des Fiebers. Der eine Grund für unser Andershandeln ist die Wertschätzung unserer Art der Drainage. Einen zweiten Grund dagegen führt Czempin selbst an, nämlich dass Patientinnen im Allgemeinen nur zur Zeit von Schmerzanfällen zur Operation geneigt sind. Wir müssten aber die zum Abwarten bestimmten Patientinnen, da sie bei unserem Material durchweg der arbeitenden Klasse angehören und wir sie nicht 6 Monate unoperiert im Hospital halten können, einer unseres Erachtens nach sehr ernsten Gefahr aussetzen. Als Drittes möchten wir Folgendes anführen. Es ist durchschnittlich leichter — und Bardenheuer pflegt dies häufig zu betonen — einen frisch entzündlichen, serös durchtränkten und somit in seinen schwartigen Verwachsungen gelockerten Adnextumor auszulösen, ohne Eiterhöhlen zu eröffnen, als einen solchen mit festen, zähen Adhäsionen, wie sie sich in 6 Monaten herausbilden können, bezüglich da solche Fälle meist schon veraltete sind, wie sie in sie in den Zeiten ohne entzündlichen Nachschub vorhanden sind. Ferner arbeitet Bardenheuer in komplicierten eitrigen Fällen intraligamentär und von unten her, sodass selbst bei Eröffnung einer Eiterhöhle das Sekret mit der Peritonealhöhle nicht in Berührung kommen kann. Bei einzelnen Fällen von hoch hinauf zwischen Nabel und Symphyse entwickelten, der vorderen Bauchwand anliegenden Eitersäcken lässt letzteres Verfahren allerdings im Stich. Darum müssen grosse Gazeservietten bereit gehalten werden, um das Sekret aufzufangen. Stets löse man von unten her den Tumor ab, wenn es auch in der Ausführung schwieriger erscheint. Auch hierbei hat Bardenheuer, wenn er bei zu derben alten Adhäsionen den Sack einzureissen gezwungen war, es verhindern können, dass Eiter mit der eigentlichen Peritonealhöhle in Berührung kam.

Bei unserer Art des Vorgehens, Exstirpation des Uterus und Offenlassen der Scheide ist die Drainage auch geboten bei adhäsiv entzündlichen Processen ohne Eiter;

sie erscheint als gewissermassen gegebenes Mittel jede secundäre Infektion des Beckenzellgewebes unschädlich zu machen. Wir stimmen überein mit Czempin in seiner Schlussbetrachtung, in der er für schwere Fälle die Rettung der Kranken sucht in Mitexstirpation des Uterus und Drainage nach unten, nur fügen wir das Postulat eines oberen Abschlusses hinzu.

Der zweite grosse Vorteil desselben ist die Verhinderung der Verwachsung von Eingeweiden mit den zurückbleibenden Wundflächen. Eine möglichst glatte, gleichmässige Serosafläche, wie sie durch die Naht hergestellt wird, kann uns am besten vor solcher schützen. Nur wenn Adhaerenzen früher vor der Operation schon vorhanden gewesen sind und wir so bei der Ablösung eine Wundfläche der Serosa der Eingeweide setzen mussten, wird dieser die Neigung innewohnen, in der Nahtlinie wieder zu adhärieren. Indessen ist auch hier diesem Vorkommnis nach Kräften vorgebeugt und ist dieses deshalb jedenfalls sehr eingeschränkt, da man das ausgezogene Netz sehr weit abtragen und ebenso wie Dünndarmschlingen durch Reposition in die Bauchhöhle möglichst fernhalten kann. Die zurückbleibenden Stümpfe der Adnextumoren als solche, überhaupt alle Wundflächen im kleinen Becken sind sicher ausgeschaltet und geben keinen Anlass mehr zur Adhäsionsbildung. Bei den allerdings nur wenigen Sektionen, die bis jetzt bei solchen Fällen stattgefunden haben — es handelte sich hierbei um Tumoren und schloss sich die Sektion der Operation bald an — fanden wir nie Verklebung oder Verwachsung des Netzes oder Darmes mit dem Abschluss.

Es giebt nun einzelne verzweifelte Fälle von chronischer schrumpfender Parametritis mit schweren Darmerscheinungen infolge von Periappendicitis, wodurch solche Patientinnen auf das äusserste heruntergekommen sind. Diese Zustände entstehen meist im Abschluss an tiefe Cervicalrisse, herrührend von schweren Geburten. Wir meinen hier nur die allerschwersten Fälle, die heutzutage bei den vorgeschrittenen geburtshülflichen Verfahren zum Glück sehr selten geworden sind, wo das Becken ausgefüllt ist mit einer starren kaum schneidbaren dicken Narbenmasse, in welche nicht differenzierbar Ovarium, Tube und Wurmfortsatz eingelagert sind. Die Tuben sind meist völlig stenotisch, das Ovarium ist gänzlich plattgedrückt. Bei der Menstruation bestehen hochgradige Molimina. Nirgends in dieser starren Masse findet sich Eiter; es kann aber das Krankheitsbild auch kombiniert sein mit intraperitonealen, übelriechenden Abscessen, wohl ausgehend secundär vom Darm. In diesen höchst traurigen, ziemlich aussichtslosen, weil zu weit vorgeschrittenen Fällen könnte man es versuchen mit einer Castratio uterina und zwar bei sicher gestellter Diagnose, dass Eiterung fehlt, auch von der Vagina aus. Später müsste sich dann eventuell die extraperitoneale Ausschälung und Exstirpation des Wurmfortsatzes anschliessen.

Die Fälle mit Eiterung werden ein sehr verschiedenes Vorgehen erfordern. Es würde zu weit führen, hier darauf näher einzugehen, da wir das Gebiet der Adnexerkrankungen damit überschreiten müssten.

Abgesehen von diesem höchst seltenen Vorkommnis sind wir im Uebrigen dahin gekommen, die **Radikaloperation durch Laparotomie allen übrigen Verfahren bei beiderseitiger, entzündlicher Adnexerkrankung vorzuziehen.**

Gegenüber der vaginalen Operationsmethode hat die Totalexstirpation durch Laparotomie, wie Bardenheuer sie ausübt, eine Reihe schwerwiegender Vorzüge.

a) Bei den schweren eitrigen Fällen:

1. den Vorzug der sicheren Vollständigkeit bei geringerem Blutverlust und zuverlässiger Blutstillung;
2. Die Ausschaltung der Wundflächen von der Peritonealhöhle, also Schutz vor Verwachsungen und Infection;
3. Vermeidung von Nebenverletzungen, die an sich vermeidbar, beim vaginalen Verfahren nicht zu kontrollieren sind, wie die Anreissung von bereits lädierten, dem Adnexgebiet nur indirekt adhärenten Darmschlingen.

b) bei ausgedehnten adhäsiven Entzündungen gilt gleichfalls Punkt 1, sowie Punkt 2.

c) Bei leichten eitrigen und leichten adhäsiven Entzündungen mit nur strangförmigen Verwachsungen bleibt Punkt 2 bestehen.

Als Nachteil haftet der Laparotomie an die Unmöglichkeit, Bauchbrüche absolut sicher zu vermeiden. Von den sonst angeführten geringeren Mängeln des abdominalen Verfahrens können wir eigentlich nur die längere Dauer der Narkose und eventuell die der Nachbehandlung in beschränktem Masse gelten lassen.

Gegenüber der alleinigen Exstirpation der Adnexe durch Laparotomie bietet unser jetziges Vorgehen, abgesehen von den erwähnten besseren Heilresultaten und der sicheren Ausführbarkeit auch in den schwersten Fällen, durch die Technik der Operation noch einen weiteren Vorzug. Um alle Gefahren, die von den zurückbleibenden Stümpfen ausgehen können, zu vermeiden, mussten wir dieselben früher entweder retroperitoneal oder extraperitoneal lagern. Bei beiden Methoden bleiben bei Lösung ausgedehnter Verwachsungen Wundflächen in der Peritonealhöhle zurück. Um diese nach Möglichkeit auszuschalten, hatte Bardenheuer die retroperitoneale Methode in der Weise vervollständigt, dass er ausser den Peritonealblättern des Ligamentum latum Serosa der Flexur, der Appendices epiploicae etc. heranzog zum Abschluss der Wundflächen von der Bauchhöhle. Dabei fehlt aber die so

sehr wichtige Ableitung der Wundsekrete nach unten und ist der Entstehung parametraner Infiltration resp. eines Exsudats mit eventuellem Durchbruch nach der Peritonealhöhle gewissermassen die Hand geboten. In eitrigen, sehr virulenten Fällen wurde früher nach aussen durch die Bauchöffnung drainiert, sei es nach Mikulicz, sei es unter Bildung eines Abschlusses; jedesmal wurde eine eiternde Bauchdeckenfistel unterhalten, die zu einem Bauchbruch fast mit Sicherheit führte; ausserdem liegt eine solche Drainageöffnung nicht am geeignetsten Punkte. Eine Drainage nach der Scheide hin würde aber bei Zurücklassen des Uterus dem Wundsekrete keinen ungehinderten Abfluss gestatten.

Fragen wir uns, ob die Mitexstirpation des Uterus die Operation zu einer schwierigeren, blutigeren macht, so kommt diese Frage nur eigentlich für die leichten Fälle in Betracht. Denn bei flächenhaft dem Uterus anliegenden, in denselben übergehenden Adnextumoren ist es nicht schwieriger, den ganzen Tumor, Uterus eingeschlossen, als einheitliches Ganzes herauszubringen, als das entfaltete Ligament beiderseits abzuligieren, wobei eine Grenze nach dem Uterus kaum gegeben und die Orientierung sehr gehindert ist. Die leichten Fälle aber werden durch die Mitexstirpation des Uterus nicht in dem Masse erschwert, dass es geraten erschiene, denselben deswegen zurückzulassen. Die Blutung ist bei unserem Vorgehen keine grössere, die Zeitdauer wird allerdings verlängert. Eine grössere Gefahr aber erwächst der Patientin nicht, wenn der Uterus mit fortgenommen wird. Eine Patientin, die sich zu einer Laparotomie entschliesst, kann mit Recht Anspruch darauf machen, dass dasjenige Verfahren eingeschlagen wird, welches am sichersten zu ihrer völligen Heilung führt, wenn durch die Anwendung derselben die Gefahr der Operation nicht vergrössert wird. Ein zurückbleibender Uterus ohne Adnexe bietet keinerlei Vorteil noch Nutzen für seine Besitzerin. Die geschlechtlichen und sonstigen Ausfallserscheinungen werden durch Mitentfernung des Uterus nicht erhöht; wir haben im Gegenteil bei unseren 40 Radikaloperationen kein einziges Mal die lästigen Erscheinungen von Hitzegefühl, Schwitzen, Gedächtnisschwäche etc. beobachtet, die wir bei Laparotomierten, Ovariectomierten sonst zu sehen Gelegenheit gehabt haben.

Die Fälle, welche bei streng genommener Indikation zur Operation kommen, liegen durchschnittlich so, dass Veränderungen entzündlicher Natur in dem Uterus selbst oder um denselben herum stets nachzuweisen sind. Man entfernt daher so wie so kein wirklich gesundes Organ. Lässt man dasselbe zurück, so ist man nicht Herr darüber, ob die Veränderungen, welche schon vor der Operation bestanden, nicht nach derselben stärker werden oder stärker sich geltend machen. Ja selbst bei gesundem Organ ist man nicht Herr darüber, ob nicht Veränderungen in der Lage desselben herbeigeführt werden können eben durch Wegnahme der Adnexe und Verlagerung ihrer Stümpfe, welche späterhin zu

Beschwerden Veranlassung geben (vgl. Fall 3: Tabelle der Nachexstirpationen). Die Ventrofixation hat uns bei Adhäsionsbildung keine sicheren Dienste geleistet. Wir fanden **2 Mal** (s. Tabelle I, Fall **11** und **14**) die Fixation an der Bauchwand zu einem dünnen, machtlosen Strang ausgezogen, den Uterus retrodeviiert, **1 Mal** (s. Tabelle I, Fall 5) den Uterus wieder in der alten Retroflexionsstellung.

Sehen wir indessen ganz ab von den Beschwerden, zu denen der zurückbleibende Uterus Veranlassung giebt, so stehen wir auf dem Standpunkte, dass wir denselben, indem er nach beiderseitiger Adnexexstirpation unnütz ist, mitzuentfernen berechtigt sind, weil wir dadurch die Wundverhältnisse günstiger gestalten können. Die grössere Sicherheit des Abschlusses durch die Drainage der Wundsekrete nach unten wiegt für uns den Nachteil auf, dass die Operation etwas länger dauert.

Zu dem Standpunkte der Radikaloperation durch Laparotomie ist also Bardenheuer gelangt **1. durch die Betrachtung der Nachteile, die das Zurücklassen des Uterus mit sich bringt. 2. Durch die Ausbildung seiner Methode, bestehend in strengem Abschluss der Wundhöhle von der Peritonealhöhle und Drainage der ersteren am tiefsten Punkt.** Warum er die vaginale Methode in einem Teil der Fälle nicht wählt, in einem anderen sogar verwirft, haben wir oben auseinandergesetzt.

Ehe wir die durch die abdominale Radikaloperation erzielten Resultate betrachten, dürfte ein kurzer Ueberblick über diejenigen Operateure angebracht erscheinen, die in dieser Frage einen ähnlichen Standpunkt einnehmen wie Bardenheuer.

Die Totalexstirpation des Uterus auf abdominalem Wege resp. die Radikaloperation wird angewendet von Schauta, aber nur bei gonorrhoisch afficiertem Uterus unter eventueller Mitverwendung vaginaler Methoden in leichteren Fällen von beweglichem Pyosalpinx; von Fritsch, bei gonorrhoischem Uterus und beim Zurückbleiben blutiger Flächen am Uterus. Näher noch stehen die Ansichten der Amerikaner den unsrigen, die den Uterus meist mit fortnehmen, wenn er nur irgendwie verändert erscheint. Ueber die Stellungnahme der einzelnen amerikanischen Autoren finden wir eine Reihe von Angaben in dem übersichtlichen Vortrage von Cushing (in deutscher Uebersetzung wiedergegeben im Hft. 6, Jahrgaag I der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie). Wir können auch, was das technische Verfahren anbetrifft, auf diese Arbeit verweisen. Es handelt sich bei seinen Angaben allerdings zumeist um Totalexstirpation bei Tumoren. Die Scheide wird entweder durch die Naht geschlossen (wohl von wenigen) oder offen gelassen, zur Drainage benutzt. Dann schliessen auch einige das Beckenperitoneum über der Wundhöhle durch die Naht, andere invaginieren dasselbe nach unten, drücken die drainierende Gaze entweder dagegen an oder führen sie subserös ein. Das Postulat einen Abschluss auf alle Fälle zu bilden

eventuell unter Heranziehung der Serosa der Nachbarteile ist nirgends ausgesprochen. Sehr interessant war uns unter Anderem die Anerkennung und Beurteilung der Bardenheuerschen Verdienste um die Ausbildung der Totalexstirpation überhaupt, die mit einer solchen Wärme und Sachkenntnis ausgesprochen wurde, dass seinen Schülern selbst nichts mehr hinzuzufügen bleibt. Von den Amerikanern am nächsten steht uns Krug, der schon seit 1890 den Uterus durch Laparotomie mitzuentfernen pflegt, jedesmal, wenn beide Adnexe entfernt werden. Die Coeliohysterektomie führen ferner aus, allerdings anscheinend nicht mit derselben Regelmässigkeit, Baldy, Hanks und Pryor. Auch Penrose hat unter 75 Adnexexstirpationen durch Laparotomie 15 Mal den Uterus mitentfernt. Von den Franzosen ist Delagenière zu erwähnen, der die Indication der Coeliohysterektomie anerkennt bei Miterkrankung des Uterus und zwar bei entzündlichen Adnextumoren, die bei vaginaler Untersuchung schwer zu erreichen sind.

Was schliesslich die Resultate dieser Operation anbetrifft, so sind alle diese Autoren darin einig, dass die Heilung eine glatte ist. Wir begegnen also hier denselben Angaben wie bei der vaginalen Radikaloperation. Die Beobachtungszeit dieser Fälle ist eine noch kurze. Trotzdem wird man anerkennen müssen, dass hier Dauerresultate vorliegen. Denn es ist nicht ersichtlich, wie nach Aufhören des kongestionellen Reizes und Entfernung alles Krankhaften späterhin sich Störungen in der Genitalsphäre herausbilden sollen. Die Möglichkeit der Kontrolle, das alles Erkrankte wirklich entfernt ist, muss aber der Laparotomie im Gegensatz zu der vaginalen Methode zuerkannt werden. Soweit liegen hier wirklich Dauerresultate vor bis zu einem gewissen Punkt. Dieser eine Punkt macht sich bei allen den Methoden in gleicher Weise geltend, bei denen die Wundflächen nicht peritonisiert werden. Ueber eventuelle Störung durch Verwachsung der Eingeweide mit Wundflächen ist ein Urteil überhaupt sehr schwierig, ein rasches jedenfalls verfrüht. Unseren Standpunkt dieser Frage gegenüber haben wir oben ausführlich auseinandergesetzt und haben nur nochmals zu betonen, dass wir der Ansicht sind, die Veranlassung zu einer solchen Adhäsionsbidung werde gerade durch das Bardenheuer'sche Verfahren am besten vermieden, besser als bei allen anderen Methoden.

Was die hier operierten 40 Fälle anbetrifft, so ist bei den 38 Ueberlebenden keinerlei Stumpfexudat nachzuweisen; auch werden von keiner über Beschwerden und Schmerzen von Seiten des Genitalapparates geklagt. Sämtliche Patientinnen sind als geheilt zu bezeichnen mit Ausnahme von vielleicht einer, bei der die Verhältnisse wegen gleichzeitig vorhandener Hysterie nicht ganz klar liegen. Dieselben haben, soweit sie nicht im Hospital zur Reconvalescenz zurückgeblieben sind, ihre frühere Thätigkeit wieder aufgenommen.

Man könnte unsere Art des Abschlusses vorwerfen, dass er zu Zerrungen der Blase oder des Mastdarms Anlass gebe. Ein solches Verhalten ist uns bisher noch nicht begegnet, ausser in dem **Falle 6,** wo es sofort nach der Operation auftrat und in welchem die Angaben über Beschwerden nicht so zuverlässig waren, da Hysterie vorlag. Doch wurde die betreffende durch die zweite Operation geheilt. Es liegen Beobachtungen über Fälle von Tumoren vor, die sich über viele Jahre erstrecken. Auch ist es wahrscheinlicher, dass solche Beschwerden sich gleich anfangs zeigen werden und nicht erst nachträglich. Bei der grossen Beweglichkeit und leichten Verschieblichkeit aller der zum Abschluss benutzten Teile, ist auch nicht anzunehmen, dass Störungen oder gar Abknickungenvorkommen könnten. (Vgl. Frank, Naturforscherversammlung zu Nürnberg 1893.) Uns sind sie bisher jedenfalls nicht begegnet.

Betrachten wir zum Schluss die Mortalitätsstatistik der noch jungen abdominalen Radicaloperation, so haben wir aus den Angaben in der Litteratur zusammen mit unseren Fällen im ganzen **152** Fälle mit **7** Todesfällen = **ca. 4,6 pCt.** Mortalität zusammenstellen können, nämlich zunäch stdie Tabelle Cushing's:

		Gesamtzahl	Todesfälle
	Currier . . .	1	0
	Elliot	1	0
	Morris . . .	2	2
	Muer	1	0
	Pilcher . . .	2	0
	Polk	22	1
	Pryer	12	0
Dazu	Penrose[1]) . .	15	0
	Baldy[2]) . . .	22	0
	Delagenière[3])	4	0
	Schauta[4]) . .	30	2
	Bardenheuer .	40	2
		152	7

Es muss hinzugesetzt werden, dass in obiger Tabelle Cushing's auch solche Autoren angeführt sind, welche die Methode nur in Einzelfällen benutzt haben.

Die Mortalität ist also mit 4,6 pCt. günstiger als bei den Adnexexstirpationen durch Laparotomie mit 5,59 pCt.

Vergleichen wir speciell unserere eigenen Resultate jetzt und früher. Wir hatten bei 123 Adnexoperationen 1891—95 **7** Todesfälle davon 4 an Peritonitis = 5,8 pCt. und haben jetzt bei **40** Radikaloperationen **2** Todesfälle an Peritonitis = 5 pCt. Da man mit zunehmender Erfahrung eine

[1]) (Medical News 1894.)
[2]) Bericht über die VIII. Versammlung französischer Chirurgen zu Lyon 1884. Centralblatt für Gyn. 1895. H. 20.
[3]) Ebendaselbst.
[4]) Gynäkologenversammlung 1895 zu Wien.

Verbesserung der Statistik annehmen kann, wird sich doch, obwohl so kleine Zahlen nicht viel beweisen, aus denselben schliessen lassen, dass die abdominale Radikaloperation keinen gefährlicheren Charakter trägt als die sonst geübten Methoden. Dem vaginalen Verfahren gegenüber sind wir etwas im Nachteil; die Mortalität beträgt, wie angeführt, hier **4,4 pCt.**, ist auf **3,5 pCt.** heruntergegangen durch Zuzählung einiger neuerer Mitteilungen. Indessen sind wir bei einer so kleinen Statistik, wie die der abdominalen Radikaloperation ist, zu vielen Zufälligkeiten ausgesetzt, sodass eigentlich nur eine approximative Bestimmung getroffen werden kann, zumal Zahlen wie 2 : 2 (Morris) nur der Vollzähligkeit der Angaben wegen mitaufgenommen wurden. Trotz der bisher vorliegenden kleinen Zahlen schien uns der Zeitpunkt geeignet, Verfahren und Indikation der abdominalen Radikaloperation genauer zu präcisieren. Dabei leitete uns zugleich die Hoffnung, dass dadurch vielleicht Veranlassung zu weiteren Bekanntmachungen gegeben werde.

Wir lassen die Krankengeschichten tabellarisch abgekürzt folgen unter besonderer Berücksichtigung des pathologischen und bakteriologischen Befundes.

Der erstere gestattet, da die Tumoren meist als Ganzes gewonnen wurden, eine ziemlich genaue Schlussfolgerung auf das klinische Bild der Erkrankung; eine Ausnahme machen hiervon die Fälle mit narbigen alten Verwachsungen, die als anatomische Präparate weit harmloser aussehen als sie sich klinisch erweisen und die dem Operateur oft die allergrössten Schwierigkeiten verursachen.

Einige Bemerkungen möchte ich noch vorausschicken über die Art der bakteriologischen Untersuchung, wie sie sich bei uns allmählich herausgebildet hat und wie sie praktisch leicht durchführbar ist. Wer nicht in der Lage ist mit gutreguliertem Brutofen und subtileren Nährböden zu arbeiten, wird mit derselben im Allgemeinen zum Ziel kommen können, zumal durch die grundlegenden Untersuchungen Wertheim's Punkte wie Mischinfektion und die in Betracht kommenden Entzündungserreger hinlänglich festgestellt sind. Vorbedingung ist eine gewisse Uebung, wie sie am besten durch anfangs genaue, mit Serumagar ausgeführte Untersuchung gewonnen wird. Das Nachsehen während der Operation hat bei der Gleichheit unserer Methode für die verschiedenen Arten der Fälle den grossen Wert nicht, der ihr sonst beizumessen ist. Es werden also erst nach der Herausnahme der Adnexe Kulturen auf Agar angelegt, event. auch solche für Anaeroben, zugleich Deckglaspräparate angefertigt und mit Methylenbau gefärbt. Findet man charakteristische Gonokokken in grösserer Menge, gehen die Agarkulturen nicht an und findet man schliesslich bei Gram'scher Färbung (Nachfärbung mit Bismarckbraun) die Kokken braun, so ist kein Zweifel, dass Gonokokken vorliegen. Sind die Gonokokken nur in geringer Menge und nicht charakter-

istisch in Anordnung und Lage, so werden wir sie mit Gramscher Färbung kaum auffinden können; dann entscheidet die Agarkultur. Staphylokokken, Streptokokken und Diplokokken gehen in der derselben leicht erkennbar auf und sind alsdann genügend charakterisiert. Für praktische Zwecke werden diese Untersuchungen genügen; der Fehler, welcher ihnen anhaftet, ist der, dass man in einzelnen wenigen Fällen den Eiter für steril erklären wird, während durch die Cultur noch Gonokokken nachgewiesen werden können. Mit zunehmender Erfahrung wird diese Fehlerquelle von geringerer Bedeutung werden.

(Schluss folgt.)

(Aus der Privat-Frauenklinik von Dr. Prochownick in Hamburg.)

III. Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei nicht bösartiger Erkrankung.

Von

Dr. MAX VOIGT

in Neuendorf bei Potsdam.

In der operativen Gynäkologie macht sich in den letzten Jahren das Bestreben geltend, bei verschiedenen Erkrankungen der Unterleibsorgane die Köliotomie möglichst einzuschränken und durch eine vaginale Operation zu ersetzen. So wurde von den meisten Operateuren an die Stelle der Ventrofixation bei Retroflexion des Uterus die Vaginifixation gesetzt; kleinere einseitige, eitrige und nicht eitrige Geschwülste der Gebärmutteranhänge, selbst schwangere Tuben, werden durch vaginale Köliotomie exstirpiert, subseröse Myome auf diesem Wege enucleiert, die Entfernung von submucösen Myomen wird durch die sog. Kolpohysterotomie anterior vielfach vorgenommen.

In Frankreich gilt fast allgemein der Grundsatz, den myomatösen Uterus per vaginam zu exstirpiren und bei doppelseitigen Adnexerkrankungen durch die vaginale Hysterectomie, die sog. Castration utérine, Heilung zu bringen. In Deutschland ist dieses Vorgehen nicht allgemein angenommen, nur wenige Operateure, namentlich Leopold und Landau haben sich für bestimmte Fälle dieser Methode zugewandt; vor kurzer Zeit hat sich Fritsch[1]) für die vaginale Uterusexstirpation anstatt der Castration ausgesprochen. Grössere Statistiken über die vaginale Hysterectomie bei den genannten Affectionen sind bis jetzt von deutschen Autoren nur in kleiner Anzahl veröffentlicht. So hat Franck[2]) 9 Fälle bei Myom aus der Martin'schen Klinik zusammengestellt; Leopold hat im Archiv f. Gyn. u. Geb. Bd. 38 21 Fälle von vaginaler Myomohysterectomie mit 3 Todesfällen veröffentlicht, denen Berner im 2. Bande der Arbeiten aus der Dresdener Frauenklinik weitere 27 ohne Todes-

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1895. No. 24.
[2]) Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 20.

fall hinzufügt, während an gleicher Stelle Leopold selbst über 37 Fälle bei schweren chronischen Erkrankungen der Adnexe mit 1 Todesfall berichtet. Für die vaginale Entfernung der Gebärmutter mit ihren Anhängen tritt bei Myom, wie bei Adnexerkrankungen besonders L. Landau ein, der im Jahre 1894[1]) über 30 Fälle bei complicierten Beckenabscessen und auf dem letzten Chirurgencongress in Berlin und dem Gynäkologencongress in Wien neben 54 Totalextirpationen wegen Uterusmyom mit 3 Todesfällen über 109 bei chronisch-eitrigen bezw. entzündlichen Erkrankungen der Adnexe mit 1 Todesfall Mitteilung machte.

In Folgendem will ich die Fälle von vaginaler Hysterectomie aus der Privatklinik von Dr. Prochownick zusammenstellen, in denen nicht bösartige Erkrankungen des Uterus oder seiner Anhänge die Indication zu dem Eingriff gegeben haben.

Die Zahl der Fälle ist klein, da wir im Allgemeinen einen möglichst conservativen Standpunkt einnehmen, doch bieten einzelne von ihnen interessante Einzelheiten und manche geben für die Indicationsstellung bemerkenswerthe Beiträge. Die Fälle, 38 an der Zahl, habe ich, nach den einzelnen Erkrankungen geordnet, in einer Tabelle mit kurzer Beifügung der Krankengeschichte aufgeführt.

In den ersten 15 Fällen handelt es sich um vaginale Exstirpation der Gebärmutter wegen Myom, im Fall 16 wegen Totalprolaps, in den nächsten 16 Fällen um Erkrankungen der Adnexe. Daran schliessen sich noch 6 Fälle, bei denen die klinischen Erscheinungen Carcinom der Gebärmutter vermuten liessen, durch die mikroskopische Untersuchung curettierter Schleimhautstücke aber kein bestimmter Anhalt geboten wurde und nur die Schwere der klinischen Erscheinungen zu dem Eingriff der Entfernung des Uterus nötigten.

Unter den 15 Fällen von vaginaler Myomohysterectomie sind 7, bei denen die Operation wegen eines grossen submucösen Myoms, darunter 4 mal wegen Verjauchung desselben, unternommen wurde; in den übrigen 8 Fällen handelte es sich um multiple, submucöse, interstitielle und subseröse Myome.

Besonderes Interesse bieten die 4 Fälle von verjauchten submucösen Myomen. Der erste von ihnen (s. Tab. No. 1 Fr. K.) wurde bereits im April 1887 unter sehr schwierigen Verhältnissen operiert.

Fall 1. Es handelte sich um eine 39jährige Landmannsfrau, die bereits 6 Wochen an Genitalblutungen litt, seit einigen Tagen fieberte und schon stark verfallen war. Wegen eines verjauchten, mit der Kuppe schon geborenen Myoms, das sich als Ursache fand, wurde unter antiseptischen Cautelen nach Spaltung des etwa thalergrossen Muttermunds die Enucleation versucht, die sich als sehr schwer erwies. Nach längeren Versuchen wird plötzlich mit dem Myom zusammen die von der Tube abgerissene linke Fundusecke mit ihrem Bauchfellüberzug herabgezogen. Tamponade mit Jodoformgaze, bis aus der Wohnung des behandelnden Arztes, Dr. Victor, Instrumente herbeigeholt sind. Unter Assistenz von Dr. V., einer Hebamme und eines Barbiers — es war auf dem Lande — Exstirpation des Uterus mit Unterbindung. Tamponade mit Jodoformgaze und — faute de mieux — in der Scheide mit einem schnell ausgekochten Schwamm. Schwamm und Gaze nach 54 Stunden entfernt. In den ersten 5 Tagen

[1]) Arch. f. Gyn. u. Geb. Bd. 46.

mässiges Fieber, dann gutes Befinden. Pat. hat sich gut erholt, bis 1892 gesund, von da an keine Nachrichten mehr.

Die Indication zu diesem Eingriff war also hier ausser durch das verjauchte Myom vor allem durch die Uterusruptur gegeben.

Ein zweiter glücklich verlaufener Fall von Totalexstirpation bei verjauchtem Myom wurde im Jahre 1891 operiert:

Fall 2. Frau M. (Tab. No. 5), 38j. Kfmsfrau, O-para, leidet seit 11 Mon. an zunehmend starken Blutungen, als deren Ursache ein Myom angenommen wurde, das sich jedoch nicht nachweisen liess. Da sich seit einigen Tagen unter leichter Fieberbewegung übelriechender Abfluss eingestellt hat, wird am 1. IV. Abends in den spitzwinklig anteflektierten Uterus ein Laminariastift eingelegt. In der Nacht darauf Frost, Temp. 40,8, Puls 132. Morgens peritonitische Reizerscheinungen. Deshalb sofort Entfernung des Laminariastiftes und, unter Anwendung einer Scheidendammincision wegen Enge der Scheide, Exstirpation des Uterus mit Klammern. Die Untersuchung des exstirpierten Uterus zeigt dicht unter dem Fundus an der linken Seitenwand ein Myom in beginnender Verjauchung. Die Gefässe der linken Adnexe sind thrombosiert, zum Theil mit eitrigen Thromben gefüllt. Beim Einschnitt in den Douglas hatte sich übelriechendes Serum entleert. Genesung. Noch heute gesund.

Trotzdem also hier nach dem Versuch einer Dilatation des Cervikalkanals von dem in beginnender Verjauchung begriffenen Myom bereits Thrombosierung der Gefässe der linken Gebärmutteranhänge und eitriger Zerfall der Thromben eingetreten war, ausserdem sich Peritonitis eingestellt hatte, gelang es durch die Entfernung des Uterus schlimme Folgen abzuwenden und Heilung zu erzielen.

Die beiden anderen Fälle von Exstirpation des Uterus wegen verjauchten submucösen Myoms verliefen tötlich:

Fall 3. Frau Schl., 43j., O-pra war bis August 1890 gesund. Im August 1890 stärkere Blutung, dann Menstr. regelm., 3 wöch., 5—6 täg., Anfang Januar 1891 starke Blutung, die 3 Wochen bis zur Operation anhält. Typisch-pyämische Fiebersteigerung seit 5 Tagen. Am 26. I. 91 Einlegen eines Laminariastiftes, am 27. I. partielle Enucleation eines verjauchten Myoms. Jodoformgazetamponade. In den folgenden Tagen septisches Resorptionsfieber, mässige Schmerzhaftigkeit des Parametriums. Wegen zunehmender septischer Erscheinungen am 3. II. 91 vaginale Hysterectomie mit Seidenligaturen. Beim Hervorwälzen des Uterus tritt Jauche in die Bauchhöhle. Pat. stark collabiert. Aether und Campher subcutan, Kochsalzinfusion. Unter zunehmenden septischen Collapserscheinungen am 7. II. 91 Exitus. Der grosse myomatöse Uterus ist mit übelriechenden Eiter und mit gangränösen Massen angefüllt, in der linken Fundusecke ein zerfallenes kleinapfelgrosses Myom.

Die bestehende Sepsis liess sich in diesem Falle durch die Entfernung des Uterus in ihrem Fortschreiten nicht aufhalten.

Fall 4. In dem letzten Fall handelt es sich um eine 46j. Ww. Fr. Schr. (s. Tab. No. 6) IIp., die seit 6 Mon. an hochgradigen Blutungen litt und bei der sich in den letzten Tagen übelriechender Fluor, Fieber und hohe Pulsfrequenz eingestellt hatte; die Untersuchung ergiebt ein zum Teil zerfallenes Myom in beginnender Entwickelung —, mehrere Myome sind noch zu fühlen. Nach der am 21. 6. 91 mittelst Klemmen ausgeführten, nicht besonders schweren Exstirpation des Uterus sofort Sinken der Temp. und Besserung des Pulses, jedoch schliesst sich an die Abnahme der Klammern, die heftige Schmerzen macht, sodass Pat. laut aufschreit, eine in 14 Stunden rapide verlaufende tötliche Peritonitis an.

Da Section nicht erlaubt wurde, lässt sich leider nicht entscheiden, ob die Peritonitis durch einen bei der Abnahme der Klammern entstandenen Einriss ins Bauchfell verschuldet war.

Die Berechtigung zur Entfernung des Uterus ist in allen vier Fällen eine unbedingte gewesen. Da im ersten Fall durch die

Entfernung des zerfallenen Myoms eine Uterusruptur entstanden war, als deren nächste Folge, abgesehen von einer Verblutung, sich septische Peritonitis einstellen musste, war kein anderer Weg, als die vaginale Exstirpation gegeben. In den beiden nächsten Fällen liess sich nur durch die Entfernung der Gebärmutter und Drainage der Bauchhöhle ein Weitergreifen der Peritonitis resp. Sepsis verhüten; im letzten Fall konnte man eventuell hoffen, den Eintritt einer Sepsis, wenn er noch nicht erfolgt war, zu vermeiden.

In zwei Fällen ist ja auch der Erfolg ein eclatanter gewesen; im 4. Fall war er nach Ansicht von Dr. Prochownick durch die Operation zunächst erreicht und wurde nur durch den unglücklichen Zufall bei der Klammerlösung zerstört.

Inbetreff der weiteren 3 Kranken, bei denen wegen submucösen Myoms die Hysterectomie ausgeführt wurde, verweise ich auf die kurzen Krankengeschichten in der Tabelle. Bei Fr. Scha. (s. Tab. No. 7) waren bereits zwei Mal Myome per vaginam enucleiert worden, sodass beim 3. Mal die Radicaloperation angezeigt war.

Im Fall B. (s. Tab. No. 2) war schon 6 Jahre vor der Totalexstirpation ein Fundusmyom constatiert worden, durch das Retroflexio uteri eingetreten war. Seit etwa 1 Jahr waren sehr heftige Blutungen aufgetreten, die durch die üblichen Mittel nur wenig gebessert wurden. Bedrohliche Blutungen in den beiden letzten Monaten bedingten, da eine Enucleation des Myoms nicht möglich erschien, den radikalen Eingriff.[1])

Bei den folgenden Patientinnen war in 6 Fällen (s. Tab. No. 9—13) die Exstirpation der Gebärmutter durch die starken Blutverluste bei konstatierter multipler Myombildung im Uterus indiciert. Bei Frau N. (Fall 14) war zur Entfernung eines grossen submucösen Myoms die Kolpohysterotomia anterior geplant, an die wir jedoch nach Entfernung des grossen Myoms wegen multipler, kleiner Myome die Exstirpation des Uterus anschlossen. In Fall 15 bestand neben einem grösseren subserösen Myom Retroflexion des Uterus und starke Senkung der Seheidenwände, sodass hier bei der 44 jähr. VII para. radikal vorgegangen wurde.

Fall 10., Fr. Br., war dadurch compliciert, dass neben einem subserösen Myom Pyosalpinx und Pyovarium dextrum und eine cystische Degeneration des linken Eierstocks bestand.

Interessante Einzelheiten bietet Fall 12, Fr. W.

Bei der 42 jähr. O-pa. waren seit circa 7 Jahren die menstruellen Blutungen allmählich immer stärker geworden, im letzten Jahre hatten sie 14 Tage angedauert, im August 1894 sogar 3 Wochen. Pat. war dadurch aufs äusserste heruntergekommen. Ausserdem bestand, vom behandelnden Arzt nicht festgestellt, wahrscheinlich schon seit 3—4 Jahren schwerer Diabetes und in letzter Zeit geringe Albuminurie. Trotz der starken Anämie der Pat., trotz Gefahren der Narkose bei Albuminurie und Diabetes, trotz enormer allgemeiner Fettsucht und ausgesprochenem Fettherz und trotz der starken Vergrösserung des Uterus bei sonst sehr engen Genitalien wurde, fast in extremis, die Operation unternommen, die auch nicht ohne Zwischenfall ablief, indem beim Hervorwälzen der Uterus bis ins Cavum einriss und stückweise entfernt werden musste. Mit der Entfernung des

[1]) Vergl. Späth. Centralbl. f. Gyn. 1889. No. 35.

Uterus verschwand die Albuminurie vollständig, der Zuckergehalt ging, bei zweckmässiger Diät von 4% auf 1,9% herunter. Pat. befindet sich jezt ausserordentlich wohl und ist aufgeblüht, die allgemeine Fettsucht hat sich bedeutend gemindert.

Alle Kranken bis auf Frau K. (F. 13) machten eine ungestörte Reconvalescenz durch; bei Frau K., bei der durch die Grösse des Uterus und durch Verwachsungen desselben mit der Umgebung die Operation sehr erschwert und mit grossen Blutverlusten verbunden war, trat in den ersten Tagen ein rechtsseitiges Beckenexsudat auf, das aber nach ca. 8 Tagen keine Erscheinungen mehr machte. Vom 10. Tage an fieberloser Verlauf, ruhiger Puls und gutes Befinden. Am 13. Tage nach der Operation traten plötzlich zwei embolische Anfälle und acute Herzschwäche auf, der Pat. innerhalb 24 Stunden erlag.

Bemerkenswerth ist diese Todesursache dadurch, dass sie nach Exstirpation mittelst Klemmen eintrat, durch welche Methode, wie namentlich französische Autoren angeben, sich Embolieen vermeiden liessen.

Wegen eitriger und nicht eitriger Erkrankung der Uterusanhänge, wegen complicierten Beckenabscesses und wegen chronischer Pachypelveoperitonitis mit ihren Folgezuständen ist seit dem Jahre 1889 nur 16 Mal die vaginale Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe unternommen worden, da im Allgemeinen bei diesen Erkrankungen die abdominelle Operation von uns bevorzugt und nur auf besondere Indikationen hin der vaginale Weg beschritten wurde.

7 Mal wurde wegen doppelseitiger eitriger Erkrankung der Tuben und der Ovarien, Pyosalpinx und Pyovarium, die vaginale Hysterectomie gemacht, 2 Mal wegen Hydrosalpinx bilateralis mit cystischer Entartung eines der beiden Eierstöcke, 5 Mal nötigte chronische, nicht eitrige Erkrankung des Beckenbauchfells und Beckenbindegewebes wegen der schweren klinischen Erscheinungen zu dem Eingriff und zwei Mal wurde nach früherer abdominaler doppelseitiger Salpingo-oophorectomie wegen Stumpfexsudats und complicierender Erkrankung des Uterus die Gebärmutter exstirpirt.

Der erste der Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus mit seinen Anhängen wegen eitriger Affection derselben datiert aus dem Jahre 1891 (F. 17.). Bei der Wahl der Methode war hier weniger die Schwere der Erkrankung, als vielmehr der Wunsch der Patientin, einer 23 jähr. Puella, die Bauchdecke intakt zu erhalten, massgebend.

Die zweite Pat. (Fr. Kr. F. 18) war vor 2 Jahren im Eppendorfer Krankenhaus konservativ ohne wesentlichen Erfolg behandelt worden und wurde deshalb im Januar 1894 durch eine Köliotomie eine Beseitigung der heftigen Beschwerden, die ihr doppelseitige Pyosalpinx und Pyovarium verursachten, versucht. Eine Exstirpation der Eitersäcke erwies sich damals als unmöglich; der rechtsseitige Eitersack liess sich jedoch, nach dem Vorgange Martin's, durch Hinunterdrängen gegen die Scheide von dieser

aus eröffnen, entleeren und drainieren,[1]) an die linke Eitertube heranzukommen oder sie in derselben Weise nach der Scheide zu drainiren, erwies sich wegen der vielen innigen Verwachsungen mit den Nachbarorganen als unmöglich. Da nach 2 Monaten ein Durchbruch des Eitersacks nach dem Rectum erfolgte, die heftigen Beschwerden der Patientin durch die Operation nicht gemildert waren, sich abendliche Fiebersteigerungen einstellten und Pat. stark herunterkam, wurde im April 1894 mittelst der Klemmmethode der Uterus und der Eitersack, soweit als möglich, entfernt und damit vollständige Beseitigung der Beschwerden erzielt. Die Rektalfistel schloss sich spontan. Pat. machte eine ungestörte Rekonvalescenz durch, befindet sich jetzt sehr wohl, hat bedeutend an Gewicht zugenommen, nur treten ab und zu leichte Molimina menstrualia auf.

Bei der Patientin (F. 19) bei der wir eine rechtseitige gonorrhoische Eitertube durch fortgesetzte Jodoformgazetamponade des Uterus nach Doléris-Walton entleert hatten, trat bald darauf, während die rechte Seite zunächst noch empfindlich blieb, linkerseits eine schwere eitrige Erkrankung der Tube und des Ovariums ein. Der elende Zustand der Patientin nötigte zu dem radikalen Eingriff, der von besten Erfolgen gekrönt war. Bei der Jugend der Patientin hätten wir vielleicht versuchen können, Uterus und eventuell den rechten Eierstock zu erhalten, aber die Doppelseitigkeit der Affektion, die gonorrhoische Erkrankung der Gebärmutter und zugleich der Wunsch der Kranken, die schwere Arbeit verrichten musste, einen Bauchschnitt mit seinen eventuellen Folgen vermieden zu sehen, bestimmten unser Vorgehen.

Bei Frau F. (Fall 20) war 9 Jahre vorher eine gonorrhoische rechtsseitige Eitertube durch Bauchschnitt exidiert worden, eine seit kürzerer Zeit bestehende linksseitige Pyosalpinx indicierte bei gleichzeitiger Erkrankung des Uterus die vaginale Exstirpation der Gebärmutter.

In den 3 weiteren Fällen bestanden schwere, doppelseitige Adnexerkrankungen; bei Frau Sch. (Fall 21) ausser linksseitiger Pyosalpinx ein rechtsseitiger Beckenabfluss, der in der Scheide fistelte, hervorgegangen aus einem vereiterten retrouterinen Hämatom, das incidiert werden musste;

Bei Frl. S. (Fall 22) bestanden seit Jahren schwere doppelseitige Eitertuben, von denen die rechte nach der Scheide fistelte. Frau Schr. (Fall 23) war dauernd erwerbsunfähig durch immer wiederkehrende Nachschübe von Salpingitis und Perimetritis bei gleichzeitigem Bestehen eines doppelseitigen Abscesses in den Eierstöcken.

Wegen doppelseitiger Hydrosalpinx und cystischer Entartung der Ovarien haben wir 2 Mal von der Scheide aus Gebärmutter sammt den Anhängern exstirpirt.

Im Fall 24, Frau H., war nach Anamnese und palpatorischem Befund die Diagnose auf eitrige Erkrankung der Adnexe

[1]) Dieses Verfahren ist im Laufe der letzten Jahre 6 Mal mit vorzüglichem Erfolg von uns durchgeführt worden.

gestellt. Die Rücksicht auf die Beschäftigung der Frau — sie war Kahnschifferfrau und musste bei der Fortbewegung eines grossen Elbkahns, an der sie sich beteiligte, die Bauchpresse stark anstrengen, sodass bei der Fortsetzung ihrer Thätigkeit eine Bauchhernie nach Köliotomie wohl kaum zu vermeiden gewesen wäre — liess uns die vaginale Methode der abdominellen vorziehen. Im 2. Fall (F. 25) hatten wir allerdings zur Entfernung eines grösseren linksseitigen tuboovariellen Tumors nur die vaginale Köliotomie beabsichtigt; die Besichtigung der Adnexe jedoch nach dem Herausholen aus dem Scheidenloch erwies die Erkrankung beider Anhänge und so gingen wir radikal vor.

In den 5 Fällen von chronischer Perimetritis und Parametritis mit begleitender Dysmenorrhoe, Ovaralgie und Neurasthenie (F. 26 — 30) waren seit langen Jahren die heftigsten Beschwerden von Seiten des Unterleibes vorhanden, welche die Patientinnen körperlich und physisch sehr heruntergebracht hatten. Verschiedene Operationen, wie Auskratzungen, Naht von Cervix- und Dammrissen, Hämorrhoidaloperation, Mastkuren, wie elektrische und Massagekuren waren vorausgegangen und hatten nur vorübergehenden oder gar keinen Erfolg gehabt. Die schlechten Erfolge der Castration durch Köliotomie bei diesen Leiden liessen nur von vollständiger Entfernung der gesammten inneren Genitalien von der Scheide her Hoffnung auf Heilung erwarten, die auch in allen Fällen vollständig erzielt wurde und in den beiden ersten Fällen seit Jahren besteht.

Hieran schliessen sich noch zwei Fälle, in denen von uns selbst wegen doppelseitiger tuboovarieller Tumoren die Salpingo-oophorectomia bilateralis ausgeführt worden war. In beiden Fällen machten ein Stumpfexsudat und der metritische, gonorrhoische Uterus der Patientinnen noch derartig heftige Beschwerden, dass sie vollständig arbeitsunfähig waren. Die Hysterectomie und damit die Drainage der Exsudate brachte beiden Patientinnen Heilung.

Nach der verhältnismässig geringen Anzahl von Totalexstirpationen des Uterus und seiner Anhänge bei Erkrankung derselben mag es den Anschein gewinnen, als ob wir mit Landau und seinem radikalen Vorgehen nicht übereinstimmten. Dem ist nicht so. Theoretisch ist es als rationell anzusehen, wenn Uterus, Tuben und Ovarien, Beckenbauchfell und Beckenbindegewebe erkrankt sind, die erkrankten Organe, soweit es möglich, auf dem vaginalen Wege zu entfernen; sind ja doch, wie uns Landau gezeigt, die Aussichten nicht nur hinsichtlich der Mortalität, sondern auch die Dauererfolge, wie ja auch in unseren wenigen Fällen, die denkbar günstigsten. Aber doch stellen sich in der Praxis dem radikalen Vorgehen manche Hindernisse entgegen. Sind es doch in der Mehrzahl noch jugendliche Individuen oder Frauen in ihrer Blütezeit, die der Operation anheimfallen. Nehmen wir ihnen die gesammten Genitalien, so nehmen wir auf immer ihre geschlechtlichen Funktionen. Es ist dies ein Faktor, auf dem wir bei der Entscheidung über unser Vorgehen rechnen

müssen. Wie oft können wir bei Vornahme der Köliotomie noch ein Ovarium und damit die Menstruation erhalten und lassen so den jugendlichen Personen wenigstens noch die Hoffnung mit Conception. Oft können wir Tuba und Eierstock auf einer Seite belassen und bisweilen durch die Eröffnung mit oder ohne Umsäumung der Tube, die Möglichkeit der Empfängnis, wie uns Martin gezeigt, erhalten,

Ist allerdings beiderseits Eileiter und Eierstock eitrig erkrankt, müssen sie also auch bei der Köliotomie fallen, so ist entschieden die vaginale Totalexstirpation das idealste. Aber können wir dies vorher mit Anwendung aller diagnostischen Hülfsmittel mit Sicherheit konstatiren? In vielen Fällen wird Anamnese, Tastbefund und Probepunktion die gewünschte Aufklärung geben, aber häufig wird die Probepunktion sich als unmöglich oder unsicher erweisen. So ist es z. B. uns selbst vorgekommen, dass auf einer Seite eine eitrige Tube, auf der anderen ein vereitertes Ovarium punktirt wurde und bei der folgenden Köliotomie, welche wir wegen der Jugend der Patientin vorzogen, es möglich wurde, auf der einen Seite das Ovarium, auf der anderen die Tuba zu erhalten. Die Patientin hat allerdings bis heute nicht empfangen, befindet sich jedoch wohl und im Vollbesitz ihrer geschlechtlichen Funktion.

Landau selbst scheint die Probepunktion, für die er früher so lebhaft eingetreten ist, jetzt nicht immer anzuwenden, wie aus seinen letzten kurzen Veröffentlichungen auf dem letzten Chirurgen- und Gynäkologenkongress herauszulesen ist.

Mit Landau stimmen wir in dem Punkt überein: Ist doppelseitige eitrige Erkrankung der Anhänge konstatiert, so ist die Exstirpation des Uterus und der Anhänge von der Scheide her gerechtfertigt. Trotzdem nehmen wir bis jetzt dieselbe nur im Einzelfall nach genauer Abwägung der gegebenen Verhältnisse vor. Dass wir in der Theorie mit Landau harmonieren, geht vielleicht daraus hervor, dass wir in letzter Zeit bei malignen Tumoren der Anhänge grundsätzlich den Uterus mitentfernt haben.

Die letzten Fälle in der Tabelle betreffen vaginale Totalexstirpationen bei Patientinnen, bei denen die klinischen Erscheinungen, starke langdauernde Blutungen, blutig seröser Ausfluss in der Zwischenzeit, starke Anämie, bis zur Cachexie gesteigert, auf Carcinom des Uteruskörpers hindeuteten, da sich in keinem Fall andere Ursachen, z. B. Myom oder Abortreste, nachweisen liessen. Die Untersuchung ausgeschabter Schleimhautstücke, die bei allen, bei einzelnen zu wiederholten Malen, ausgeführt wurde, liessen jedoch Zweifel über die Bösartigkeit der Schleimhauterkrankung. Wir haben trotzdem wegen der schweren Blutungen den radikalen Eingriff, in allen Fällen mit Erfolg gewagt, um den Patientinnen, die alle über 39 Jahre alt waren, jeden weiteren Blutverlust zu ersparen. Die Kranken erfreuten sich auch bald einer vollständigen Wiederherstellung ihrer Gesundheit.

Die Untersuchung des Uteri ergab in keinem Falle maligne Entartung der Schleimhaut oder der Muskulatur, wenn auch in

zwei Fällen sich starke adenomatöse Wucherung der Mucosa fand, nur einige der Uteri waren so gross und so metritisch verändert — ihre Wanddicke betrug das Doppelte der Normalen, — dass sie bei dem äusseren Anblick myomatös erschienen. Trotz dieser Befunde glauben wir doch, dass wir berechtigt waren den Uterus, die Quelle der schweren Blutung, zu entfernen. Denn bei allen Patientinnen, mit Ausnahme von Frl. B. (F. 28) bei der nur die menstruellen Blutungen stärker, die Zwischenpausen kürzer geworden waren, bestanden bereits seit 4— 8 Wochen zum Teil auch recht intensive, beständige Blutabgänge, ohne dass die übliche Therapie auch bei klinischer Lagerung einen Nutzen hervorgebracht hatte, und die Anämie war zum Teil eine recht schwere: so fand sich bei Frl. H. (F. 29) nur ein Hämoglobingehalt von 35 g.

Bemerkenswert ist vielleicht, dass unter den 6 Patientinnen sich 3 Virgines im Alter von 42—46 Jahren befanden.

Es decken sich diese Fälle wohl mit solchen, bei denen Leopold, nach seinen Ausführungen auf der Naturforscherversammlung in Lübeck, eine atheromatöse Entartung der Arterien des Uterus gefunden hat.

Betrachten wir die gesammten 38 Fälle hinsichtlich der Mortalität, so haben wir bei 3 letalen Ausgängen eine Durchschnittsziffer von ungefähr 8% Todesfällen. Einer jedoch von ihnen (Fall 13) ist erst 14 Tage post oper. erfolgt durch Herzschwäche und Embolie bei einer Patientin, die wahrscheinlich durch die lange bestehenden Myome eine Degeneration des Herzens erfahren hatte. Von den beiden anderen Todesfällen ist mit Sicherheit der eine (Fall 4) auf Rechnung der bereits vor der Operation bestehenden septischen Infektion zu setzen, bei dem zweiten (Fall 6) bestand ebenfalls vor der Operation Fieber, was jedoch nach der Operation sank, und ist wohl dieser Todesfall der einzige, bei dem durch Unzulänglichkeit der Technik, Enreissen des Bauchfells bei Klammerabnehmen, der tötliche Ausgang herbeigeführt wurde.

Auf die technische Frage der Operation gedenkt Herr Dr. Prochownick gelegentlich einer Beurteilung des gesammten Materials von vaginalen Uterusexstirpationen selbst einzugehen. Dass wir nicht grundsätzlich mit Ligatur oder Klammern vorgegangen sind, zeigt die Tabelle. Natürlich musste gerade bei den meist sekundären oder bei bestehender Sepsis ausgeführten Eingriffen dem Klammerverfahren der Vorzug gegeben werden; damit soll dasselbe nicht für alle Fälle anerkannt sein. Es ist der besondere Verdienst der Landau'schen Schule, gezeigt zu haben, wie weit und wie schnell ein Uterus ohne alle präventive Blutstillung freigemacht werden kann. Ob aber der Abschluss der einfacheren Operation mit Klammern zu geschehen habe, oder in diesem Punkte der Ligatur mit Scheidenanheftung (Martin), die ja auch einen Abschluss des Bauchfells gestattet, der Vorzug gebühre, wird durch die vergleichende Beobachtung der nächsten Jahre zu entscheiden sein. Wir selbst haben in letzter Zeit die Freilegung des Operationsfeldes nach Landau bezw. Doyen'scher Spaltung stets durchzuführen versucht, dann aber — von den Adnexen her beginnend — schrittweise abgebunden.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
1	Fr. K., 31 j. Landmannsfrau III-para. 2 Aborte (Dr. Victor).	Seit Anfang März 1887 starke Genitalblutungen, in letzten Tagen Fieber, übelriechender Fluor. Starke Verfallenheit. Am 19. IV. 87 Versuch der Enucleation eines verjauchten Myoms nach Spaltung der Cervix, dabei Uterusruptur.	Verjauchtes Myoma uteri submucosum Ruptura uteri.	19. IV. 87. Hysterectom. vagin. mit Ligaturen. Tamponade mit Jodoformgaze und Schwamm.	Mässiges Fieber 5 Tage lang. Gaze und Schwamm nach 54 Std. entfernt. Genesung. 1892. Gutes Befinden.
2	Fr. Ba., 39 j. II-para.	Vorgesch. bis 1880 s. Arch. f. Gyn. 1881. Bd. 17, pag. 317. Nach der 2. Entbindg. (Frühgeb. i. Anf. des 10. Mon.) im Jahre 1880 Retroflexio uteri durch Fundusmyom, jed. Therapie trotzend. 1881—85 starke Menstr., durch längere Ergotinkur Besserung. 1885—88 mit Schalenpessar gutes Befinden, mässige Menst. Frühjahr 1888 heftige Menorrhagien, im Herbst 1888 fängt Myom an sich nach dem Cavum uteri vorzubuchten; durch Hydrastis, heisse Douchen etc. Besserung, in Febr. u. März 1889 starke bedrohliche Blutungen. (Vergl. Centralbl. f. Gyn. 1889. No. 35. Dr. Späth).	Myoma uteri submucosum.	8. IV. 89. Hysterectom. vagin. mit Ligatur.	Verlauf durch intercurr. Pyelitis und Hydronephrose gestört. 14. V. 90. Gutes Befinden.
3	Fr. B., 55 j. X-para (Dr. Piza)	1882—83 wegen Metritis u. Fibromverdacht von Dr. P. behandelt, von da an m. Unterbrechgn. Ergotin- u. Gossypiumkur. Jetzt seit 3 Woch. stark. Blutung.	Myoma uteri submucosum.	2. IX. 90. Hysterect. vagin. mit Ligatur.	Ungestörte Heilung.
4	Fr. Schl. 43 j. 0-para. (Dr. Lange).	Bis Aug. 1890 gesund; im Aug. 90 starke Blutung, dann Menstr. regelm. 3 w. 5—6 täg. Seit Anfg. Januar 1891 bis zur Oper. andauernde Blutg. Pyäm. Fiebersteigerungen seit 5 Tgn. Vom Lande hereingebracht. Am 27. I. 91 nach Laminariadilatation partielle Enucleation eines verjauchten Myoms. Fortdauer der septischen Erscheinungen.	Verjauchtes Myoma uteri submucosum. Sepsis.	3. II. 91. Hysterect. vagin. mit Ligatur. Jauche tritt beim Hervorwälzen des Uterus in die Bauchhöhle.	7. II. 91. Exitus letalis an Sepsis.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
5	Fr. Me., 38 j. Kfmsfr. 0-para. (Dr. Meyer).	Seit Juni 1890 zunehmend starke Blutungen, seit wenigen Tagen übelriechender Ausfluss. Leichte Temperatursteigerung. Am 1. IV. 91 Abends Einlegen eines Laminariastiftes, darauf Nachts Schüttelfrost, Temp. 40,8, P. 132. Morgens peritonitische Reizerscheinungen.	Myoma uteri submucosum in beginnender Verjauchung, beginnende Peritonitis.	2. V. 91. nach Dammspaltung Hysterect. vagin. mit Klammern. Im Douglas übelriechendes Serum, in den Gefässen der linken Adnexe eitrige Thromben.	Genesung. Noch heute gesund.
6	Fr. Schr. 46 j. Ww. II-para. (Dr. Levy)	Seit $^1/_2$ Jahr hochgradige Blutung; starke Anämie, seit einigen Tagen übelriechenden Fluss. Fieber, frequenter Puls. Zerfallenes Myom in beginnender Entwicklung. Mehrere Myome noch zu fühlen.	Verjauchtes Myoma uteri submucosa.	21. VI. 91. Hysterect. vagin. mit Klammern.	Zunächst Sinken der Temp. und Besserung des Pulses. Nach 48 Std. Klammernabnahme, dabei Einriss ins Peritoneum, anschliessende Peritonitis, die in 14 Std. tötlich verläuft.
7	Fr. Scha., 42 j. Fabrikantenfrau. IV-para. (Dr. Wunder).	Zwei Mal im Jahre 1886 und 1889 wegen Blutungen subseröse Myome enucleiert. Im Oktob. 1891 wegen andauernder Blutung Radikaloperation.	Myomata uteri submucosa.	14. X. 90. Hysterect. vagin. mit Klammern.	Genesung.
8	Fr. H., 52 j. Gastwirtswittwe. II-par.	Wegen starker Blutung am 27. VIII. 1890 nach Laminariadilatation Extraktion eines nussgrossen Myoms. Curettement. Später Wiedereintritt der Blutungen.	Myomata uteri submucosa, interstit. u. subserosa.	30. XII. 90. Hysterect. vagin. mit Klammern.	Genesung.
9	Fr. Fl., 50 jähr. Arbeitersfrau. IV-para 1 Umschlag.	Pat. leidet seit 4 Jahren an starken Blutungen mit geringen Unterbrechungen. Einmal durch Dr. Kümmel Curettement. 20. August 1892 Cervicalpolyp entfernt.	Myomata uteri submucosa et interstitialia.	21. III. 93. Hysterect. vagin. mit Klammern.	Heilung.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
10	Fr. Er., 43 jähr. Lehrersfr. III-para. 1 Abort.	Vor 12 Jahren Unterleibsentzündung, seitdem Menstruat. 2—3 w., 8 täg., stark schmerzhaft. Januar 1893 Curettement wegen starker Blutungen im Vereins-Hospital. Dec. 93 Curettement (Dr. Pr.) geringe Entzündungserscheinungen. Ergotinkur. Mit Anfang März 1894 4 Wochen hindurch starke Blutung mit starken Schmerzen verbunden.	Myomata uteri interstit. et subserosa, Pyosalpinx und Pyovar. dextr., Kystoma ovarii sinistri.	5. IV. 94. Hysterectom. vagin. mit Klammern. Rechtss. Eitertube platzt.	Ungestörte Heilung.
11	Frl. Gr., 42 jähr. Priv. Virgo.	Vor 2 Jahren Amputation der linken Brust wegen Carcinom, jetzt seit 3 Mon. unregelmässige, starke andauernde Blutungen.	Myomata uteri subserosa et interstit.	24. VIII. 94. Hysterect. vagin. mit Klammern. Scheidendammincision.	Glatte Heilung.
12	Fr. W., 42 jähr. Comptoirbotentrau 0-para.	Bis vor 7 Jahren gesund. Menstr. 4 w. 8 täg., mässig. Seit 7 Jahren allmähliche Zunahme der menstr. Blutung, bes. im letzten Jahr bis zu 14 täg. Dauer. Im Aug. 1894 3 Wochen lang starke Blutung, nach 8 täg. Pause 8 täg. starke Menstr. im Anfang Sept., vom 28.—30. Sept. sehr starke Blutung. Curettement. Seit mehreren Jahren Erscheinungen von Diabetes mellitus. 4 pCt. Zucker, geringe Mengen Eiweiss, starke Anämie, allgem. Lipomatose. Cor. adiposum.	Myom. uteri submucosa et intermur. Diabetes Albuminurie. Cor. adiposum.	5. X. 94. Hysterect. vaginal. mit Klammern. Scheidendammincision. Uterus muss stückweise entfernt werd. Abspring. ein. Klammer, Blutung. Zuerst durch Tamponade, dann durch Neuanlegen ein. Klammer gestillt.	Glatte Heilung Albuminurie verschwunden. 4 Woch. p. oper. Zuckergehalt 1,9 pCt. Jetzt gutes Befinden.
13	Fr. K., 52 jähr. Landwirtswittwe, V-para.	Menstr. bis vor 2 Jahren regelm. 4-w. 3—4 Tg. stark, in den letzten 2 Jahren sind die Menses sehr profus geworden; im Sommer 1894 eine Pause von 3 Monaten, seitdem Menstr. 8 Tage stark. In den letzten 3 Wochen fast beständig starke Blutverluste.	Myomata uteri subserosa, interstit. et submucosa.	9. V. 95, Hysterect. vagin. mit Klammern. Schwere Operation, starke Blutverluste.	In ersten 8 Tag. rechtsseitiges Beckenexudat und Blasenkatarrh, dann gutes Befinden, am 13. Tag p. oper. 2 embolische Anfälle und acute Herzschwäche. Exitus.

LIBRARY 1897

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
14	Fr. N. Oper. 33 jähr. Arbeiterfrau, II-para.	Vor 3 Jahren einseitig ovariotomiert, jetzt seit 6 Mon. sehr starke Blutungen, hochgradige Anämie.	Grosses Myoma submucosum.	21. VIII. 95. Nur Colpohysterectom. anter. geplant, wegen multipler Myomatose. Hysterect. m. Klammern.	Glatter Verlauf.
15	Fr. H., 44 jähr. Arbeiterfrau, VII-para.	Senkungs- und Retroflexionsbeschwerden seit 4 Jahren, durch Myom verursacht. Menstr. regelmässig, normal.	Myom. uteri subseros. Retroflex. uteri, Descensus vag. ant. et post.	18. IX. 90. Hysterect. vagin. mit Ligatur.	Ungestörte Heilung.
16	Fr. Me., 45 jähr. Kfmsfr. II-para.	Zwei Mal mit Currettement, mit Amputation, vorderer und hinterer Kolporrhaphie ohne Erfolg behandelt. Wiedereintreten des Vorfalls.	Prolapsus uteri totalis, Hypertrophia colli, Salpingit., chron. Para- und Perimetr.	6. XII. 89. Hysterect.-vagin. an Parametrien m. Klammern, an Perimetrien mit Ligaturen.	Heilung. Im Jahre 1894 apoplectischer Anfall. Jetzt leichter Prolaps der hinteren Scheidenwand.
17	Frl. A., 23 jähr., 0-para, 1 Abort.	Seit 7 Monaten an Gonorrhoe erkrankt. Starker gelber Fluss, beiderseits starke Schmerzen im Unterleibe, besonders während und nach der 4täg. starken Menstr. Bisher konservativ behandelt.	Pyosalpinx bilateralis, Perimetritis gonorrhoica.	13. III. 91. Hysterect.-vagin. zum Teil mit Ligatur, z. Tl. m. Klammern. Scheidendammincision. Adnexe mit entfernt.	Kleine Blasenscheidenfistel stört die Reconvalescenz, schliesst sich nach einigen Monaten. Heilung.
18	Fr. Kr., 23 jähr. Stellmacherfrau, 0-para.	Seit Sept. 92 Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibs. April-Juli 93 konservative Behandlung im Eppendorfer Krankenhaus. Wegen doppelseitiger Eitersäcke 12. I. 94 Köliotomie (Dr. Prochownick), rechte Eitertube nach der Scheide (nach Martin) drainiert, linke nicht entfernbar. März 94 Durchbruch nach Rectum. Starke Schmerzen, Fieber etc.	Pyosalpinx et Pyovarium sinistr. mit Rectalfistel. Komplicierter Beckenabscess.	24. IV. 94. Hysterect.-vagin. mit Klammern. Sehr schwere Operation.	Heilung ungestört. Befinden gut, nur leichte Molimina menstrualia.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operetionsmethode	Verlauf
19	Frl. S., 31 jähr. Dienstmädchen, I-para.	Seit längerer Zeit Weissfluss. Nach der letzten Menstr. vor $2^1/_2$ Wochen Eintritt von starken Schmerzen in der rechten Seite. Fieber, Erbrechen. Durchfälle. Pyosalpinx dextra. Entleerung durch fortges. Jodoformgazetamponade. Bald darauf bildet sich linkss. Tuboovarialabscess.	Pyosalpinx dextra. Pyosalpinx und Pyovarium sinistr. Endometritis gonorrhoica.	2. X. 94. Hysterect.-vagin. mit Klammern. Adnexe stückweise entfernt.	Ungestörte Heilung, Gutes Befinden. Starke Gewichtszunahme. Keine Molimina menstrualia.
20	Fr. F., 0-para, 35 jähr. Kaufmannsfr.	Im Jahre 1886 Salpingectomia dextra wegen Pyosalpinx gonorrhoica, linksseitige Adnexe damals gesund, seit einigen Monaten jetzt heftige Beschwerden von linksseitigem Tuboovarialtumor.	Tumor tuboovarialis sinister, Fibrom. multiplicia	10. VIII. 95. Hysterectom. vaginalis mit Klammern.	Glatter Verlauf, guter Erfolg.
21	Fr. Schn., 46 jähr. Gastwirtswittwe, IV-para.	Vor 8 Jahren Amputatio cervicis, Kolporrhaphia anterior u. poster. Jan.-März 1895 Graviditas tubar. dextra mit Ausgang in Tubenabort und Hämatocele retrouterin. Wegen Vereiterung Incision. Drainage. Langsame Heilung wegen complicierender gonorrhoischer Infektion, schliesslich entsteht Pyosalpinx sinistra.	Hämatosalpinx dextra, Pyosalpinx sinistr. Retroversio uteri adhäsiva, Perimetritis chronica.	28. IX. 95. Hysterectem. vaginalis mit Klammern. Schwere Operation. Adnexe mit entfernt.	Zuerst Beckenexsudat mit geringer Fieberbewegung und leichter Phlebitis chron. dextr. Dann glatte Heilung. Guter Erfolg.
22	Frl. S., 25 jähr. Verkäuferin.	Seit Jahren schwerer gonorrhoischer doppelseitiger Pyosalpinx mit Retroversio uteri fixa und Peritonitis chronica. Durchgebrochener Pyosalpinx fistelt in die Vagina. Fieberhafte Nachschübe.	Pyosalpinx bilateralis, Perimetritis chronica, Retroversio uteri fix.	20. XI. 95. Hysterect. vagin. mit Klammern.	Völlig. Heilung.
23	Fr. Schr., 45 jähr. verw. Confekt. III-para.	Leidet seit längeren Jahren an schwerer Gonorrhoe, immer wieder recidivierenden Salpingitiden u. Pelviperitonitiden.	Pelviperitonitis chronica adhäsiva, Salpingitis bilateralis Abscessus ovariorum bilat.	18. XII. 95. Hysterectom. vagin. mit Klammern und Paquelin.	Völlig. Heilung.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
24	Fr. H., 33 jähr. Schifferfr., I-para, 1. Abort.	1889 Unterleibsentzündg. Seit 3 Jahren starke Rückenschmerzen. Im Febr. 94 dagegen Pessar eingelegt, das jetzt herausgefallen. Danach wieder sehr starke Schmerzen. Gelblicher Fluss. Maritus während der Ehe gonorrhoisch erkrankt.	Hydrosalpinx bilateralis, Kystoma ovarii sinistri et dextri colloides.	28. VI. 94. Hysterect. vagin. mit Klammern. Adnexe entfernt.	Ungestörte Heilung. 22. X. 94 Alles gut. Keine Molimina menstrualia.
25	Fr. T., 33 jähr. Arbeiterfrau, I-para.	Vor 6 Jahren 13 Wochen, vor 3 Jahren 4 Wochen wegen Unterleibsentzündung im Alt. Allgem. Krankenhause konservativ behandelt. Seit Juni 1894 Stärkerwerden der Menses, 2—3 wöch. 4 täg., schmerzhaft. Starke krampfartige Schmerzen, namentlich in der rechten Seite, seit einigen Monaten auch ausser der Menstruationszeit.	Hydrosalpinx bilateralis, Kystoma ovarii sinistri, Pelveoperitonitis chronica.	22. II. 95. Hysterect. vagin. (Zuerst Versuch einer vagin. Kolitomie.) Klammern. Adnexe mit entfernt, sind rechts schwer auszulösen.	Heilung. 12. III. Hämorrhoidaloperation. Jetzt gesund.
26	Fr. Schr., 48 jähr. III-para.	Mit 8 Jahren wegen starker Blutungen, hochgradiger Dysmenorrhoe, Retroflexionsbeschwerden, Durchfällen, nervösen Erscheinungen etc. konservativ behand. ohne Erfolg. Mehrfache Bäderkuren.	Retrovers. uteri fixa, Ovaralgie. Pachypelveoperitonitis chronica.	18. II. 90. Hyster. vagin. zum Teil mit Klammern, zum Teil mit Ligaturen.	Vollständige Heilung. Mai 1895 Befinden sehr gut.
27	Frl. F., 39 jähr. Privat. Virgo.	Seit 10 Jahr fürchterliche krampfartige Schmerzen bei der sonst regelm. 3 w. 2 täg. Menstr., seit 7 Jahr Hämorrhoidalbeschwerden. (Hämorhoidaloperation). Vom 1. IX. 90—9. X. 90 Weir-Mitchell'sche Kur, zunächst Besserung. dann Beschwerden wieder sehr stark. Von verschiedenen Seiten früher behandelt mit Curettement und Discision. etc.	Pachypelveoperitonitis chronica. Neurasthenie.	6. III. 91. Hyster. vagin. mit Ligatur. Scheidendammincision.	Vollständige Heilung. 2 Jahre p. oper. Netzhautablösung, sonst gutes Befinden.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
28	Fr. J., 36 jähr. Sekretärsfrau III-para.	Vor 8 Jahren Nervenfieber. 1890 in Berlin Dammplastik, später 2 Mal weg. Dysmenorrhoe und Endometritis Curettement. Mit der letzten Entbindung vor 8 Jahren sehr starke Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibes vor u. während der Menstr., ca. 14 Tage anhaltend. Nervöse Störungen. 1894 Aufenthalt in Naturheilanstalt, danach Massagekur ohne Erfolg. Von Juli 1894 an 22 Wochen bettlägerig wegen ihrer Schwäche u. der heftigen Schmerzen.	Pachypelveoperitonitis chronica Neurasthenie.	9. IV. 95. Hysterect. vagin. mit Klammern. Adnexe mit entfernt.	Durch Blasenkatarrh geringe Störung des Verlaufs. Heilung von allen Beschwerden.
29	Fr. K., 42 jähr. Kfmsfr. II-para.	Früher in Holland 2 Mal köliotomiert. Jetzt schwere hysterische Erscheinung. Schwere Metritis chronica u. Pachypelviperitonitis, adhäsiva, Operation wird zunächst abgewiesen, schliesslich in Einverständnis mit vorher behandelnden Aerzten ausgeführt.	Pelviperitonitis chronica. adhäsiva Metritis chronica.	VIII. 95. Hysterect. vagin. mit Klammern. Schwere Operation.	Glatt. Erfolg gut.
30	Fr. W., 43 jähr. Arbeiterfrau. Multipara.	Seit Jahren stärkere Blutungen bei Metritis und Peritonitis chronica (gonorrhoica?) Pat. ist dadurch sehr stark heruntergekommen und vollständig arbeitsunfähig. Längere Behandlung, auch mit mehrfachem Currettement erfolglos.	Pelviperitonitis chronica adhäsiva atrophicans.	29. VIII. 95. Hysterect. vagin. mit Klammern. Schwierige Operation. Linke Adnexe ganz atrophisch.	Glatt. Völlige Wiederherstellung.
31	Fr. K. 39 j. Schneiderfrau 1. Abort.	An Abort vor 17 Jahren anschliessend Blutungen. Leibschmerz., Ausfluss etc. Seit ca. 12 Jahren gonorrhoisch erkrankt. Am 18. III. 88 Köliotomie wegen doppelseitig. eitriger Tuboovarialtumoren. Am 7. Tag Exsudat, das nach Aufstehen frische Erscheinungen macht. Durchbruch nach d. Bauchdecken Allmähliches Herauseitern von Seidenfäden.	Beckenexsudat nach Köliotom. mit Durchbruch nach den Bauchdecken.	25. VI. 89 Hysterect. vagin. mit Ligatur.	Heilung durch Bildung einer Rectovaginalfistel gestört, die noch 2 Jahre besteht, ohne nennenswerte Beschwerden; durch Abkratzen und Paquelin zur Ausheilung gebracht.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
32	Frl. P., 21jähr. Dienstmädchen, I-para.	Am 9. I. 94 wegen Pyosalpinx u. Pyovar. bilaterale Köliotomie. Salpingoophorectomia bilateral. Rechtsseitiges Stumpfexsudat macht starke Beschwerden, ebenso der metritische, gonorrhoische Uterus. Konservative Behandlung ohne Erfolg.	Beckenexsudat nach Köliotomie, Metritis, Endometritis gonorrhoica.	22. II. 95. Hysterectom. vagin. mit Klammern. Sehr schwere Operation.	Reconvalescenz durch Schwäche der Pat. verzögert, nach 2 Monaten Beschwerden verschwunden.
33	Fr. K., 39 jähr. Wittwe V-para.	Stets unregelmässige Menstr., oft 14 Tage dauernd, oft nur 8 Tage Zwischenpause; vor der Menstr. Leib- und Kreuzschmerzen. Herzklopfen. Grosse Schwäche. Wegen Retroflexio u. Metritis mit Pessaren, Hydrastis etc. ohne Erfolg behandelt. 3. XI. 90. Curettement, Emmet, Kolpoperineorrhaphie. Zunächst Besserung, dann Wiedereintritt sehr starker Blutungen, die alle 8 Tage unter Schmerzen auftreten. Ergotin ohne Erfolg. 24. IV. 91. Laminariadilatation. Abtasten des Uterus, kein Myom.	Metritis, Endometritis chronica, starke Metrorrhagien.	27. IV. 95. Hyster. vagin. mit Klammern.	Heilung.
34	Fr. H. 39 j. Töpfersfr. 0-para.	Vor 13 Jahren einmal aus unbekannt. Ursachen 6 Wochen lang Blutung, Menstr. unregelmässig 2—4 w.; 3 täg. stark schmerzhaft. Vor 7 Woch., 14 Tage nach regelmäss. Menstr. Eintritt v. starken Blutung. unter Schmerzen, die bis vor 14 Tagen fast ununterbrochen anhielten, dann wässeriger, rötlicher Abfluss. Nach 10 täg. Pause wieder seit 3 Tagen starker Blutabgang. 2. X. 94 Probecurettement. Nach einigen Tagen Wiedereintritt v. Blutung.	Endometritis hämorrhag. interstitialis.	12. IV. 94 Hysterectom. vagin. mit Klammern Scheidendammincision.	Heilung.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
35	Frl. B. 46 j. Köchin Virgo.	2 Schwestern an Uteruscarcinom gestorben. Menstr. regelm. 3 w. 8 täg. Seit einem Jahr sind die Menstr.-Blutungen unregelmässig und stark, die Pausen kürzer geworden. In der Zwischenzeit viel Ausfluss. Kreuzschmerzen Mattigkeit. Abnahme der Körperkräfte. Probecurettement. (Dr. Späth).	Adenoma mucosae corpor. uteri.	9. VIII. 94 Hysterect. vagin. mit Klammern. Scheidendammincision.	Heilung. Juni 95. Gutes Befinden.
36	Frl. H. 43 j. Stickerin Virgo.	Menstr. regelm. 4 w. 8 täg. bis vor 1 Jahr. Seitdem Blutungen unregelm. 8 bis 10 w., aber sehr stark. Im April 1894 starke Blutung von 4 wöch. Dauer, dann ab und zu rötlicher Ausfluss, im Mai Menst. wie sonst, dann bis Anf. Sept. Menostase, jetzt seit 8 Wochen Blutung, zuerst sehr stark, nachher schwächer. Starke Anämie und Mattigkeit. Im Urin Albumen $^1/_2$ pro mille, Hämoglobingehalt 35 pCt. Probecurettement.	Endometritis interstitialis. Metrorrhagieen, Anämie, Albuminurie.	2. XI. 94. Hysterect. vagin. mit Klammern. Scheidendammincision.	Heilung. März 95. Sehr gutes Befinden, guter Kräftezustand.
37	Fr. H. 50 j. Kfmsfrau. V-para	Von 1883—89 wegen Retroflexio uteri, Metritis und starker Blutungen behandelt. Retroflexion mit Stiftpessar geheilt, ebenso die starken Blutungen. In den letzten 3 J. Menstr. 6—8 wöch. 8 täg. stark. Im Septemb. 94 3 Wochen hindurch starke Blutung, im Novemb. und Dezemb. 94 nur geringer Blutabgang, seit Anfang Januar 95 beständige Blutung, in den letzten 3 Wochen sehr stark. 14 Tage bettlägerig. Starke Mattigkeit, schwere Anämie. Probecurettement.	Starke Metritis, Endometritis hämorrhagica.	15. II. 95 Hysterect. vagin. mit Klammern, verstärkt durch Ligaturen.	Heilung durch Blasenkatarrh etwas verzögert. Jetzt gutes Befinden.

No.	Name	Vorgeschichte	Diagnose	Operationsmethode	Verlauf
38	Frl. C. 42 j. Lehrerin. Virgo.	Menstr. regelm. 3 w. 4 täg., stark, wurde im letzten Jahr schwächer. Im Dez. 94 trat zum ersten Mal stärkere, 8Tage anhaltende Blutung auf. Seit Mitte Jan. 95 besteht beständiger Blutabgang, ab und zu sehr stark. Seit 3 Tagen jetzt wieder sehr starke Blutung. Seit 3 Wochen Bettruhe. Behandlung mit Hydrastis, Ergotin etc. ohne Erfolg. 11. III. Narkosenuntersuchg. Probecurettement.	Adenoma mucosae corporis uteri.	15. III. 95 Hysterect. vagin. mit Klammern. Scheidendammincision.	Ungestörte Heilung.

Geschichtliches.

Die Methode Thure Brandt's und die schwedischen Aerzte

Von

A. O. LINDFORS

in Upsala

Litteratur.

Th. Brandt. Uterinlidanden och Prolapser 1864.
— Nouvelle méthode gymnastique et magnétique 1868.
— Die Bewegungskur als Heilmittel 1877 (übers. in's Engl. v. Roth 1882).
— Gymnastiken 1884 (übers. v. Resch 1888).
— Behandl. weibl. Geschl.-Krankheiten 1890.
— Dasselbe, zw. Aufl. 1893.
Sv. Läkaresallskapets förh. 1863 August.
— 1863 Dec.
— 1864 Januar.
— 1875 Febr.
C. D. Josephson. Thure Brandt (im Weihnachtskalender Svea 1896).
A. Wide. Thure Brandt (in Tidskrift för gymnastik IV : 4).

Sowohl mündlich als durch den Druck haben Major T. Brandt und nach ihm sowohl skandinavische wie fremde Schüler über die Aufnahme geklagt, die seiner Behandlungsweise der gynäkologischen Krankheiten seitens der schwedischen Aerzte zu Teil geworden ist.

Ihm, dem enthusiastischen Erfinder der Methode selbst, erschien diese Aufnahme wohl kälter und abweisender als es thatsächlich der Fall war. Wenn man sich der Mühe unterzieht aus der zu Gebote stehenden derzeitigen Litteratur (siehe obiges Verzeichnis!) die Darstellungen über das Verhältnis, in dem Brandt zu schwedischen Privatärzten stand, und über die in Bezug auf diese Sache im Schwed. Aerzteverein (Sv. Läkarsällskapet) zu Stockholm geführten Diskussionen einzusehen, so wird der unbefangene Leser finden, teils dass die Brandt'sche Methode schon bei ihrem ersten, unsicheren Hervortreten von vielen schwedischen Aerzten mit Sympathie und Interesse begrüsst wurde und dass dies Interesse der Privatärzte seitdem nie erlosch; teils dass während der Diskussionen im Schwed. Aerztevereine den vom Dr. P. A. Levin, dem warmen Freunde und Fürsprecher Thure Brandt's, vorgetragenen Geschichten von Krankheitsfällen eine freilich strenge, aber nicht gänzlich unberechtigte Kritik zu teil ward. Bei dem damaligen Standpunkte der Frage (1864) konnte eine medizinische Gesellschaft sich doch nicht anders als prüfend und abwartend verhalten. Recht ungeeignet und für die Weiterentwicklung der Sache eben nicht förderlich war es hingegen, dass das Vertrauens- und Prüfungsmitglied des Vereins, Herr Dr. Hartelius, diesem seine Ergebnisse erst nach Verlauf von vollen 11 Jahren vortrug; es wäre auch gut gewesen, wenn die derzeitig leitenden Gynäkologen die Handbewegungen der Methode auszuführen persönlich gelernt und sie ihrer eignen Praxis geprüft hätten. Dass sie dies nicht thaten, kann wohl übrigens auch durch die besonderen Umstände erklärt werden, unter denen jenes Lernen hätte stattfinden müssen: es ist wahrlich weder leicht noch angenehm — dies bezeugt meine eigne Erfahrung — vor Patientinnen, die Landsleute sind und Einen kennen, eine Schülerrolle einem Laien gegenüber spielen zu müssen, hinausgeschickt oder hereingerufen zu werden je nach der guten oder schlechten Laune der Patientin, sich da die Erlaubnis zu erbetteln, eine Untersuchung oder eine Massage-Bewegung ausführen zu dürfen, wo man es als Gynäkolog ex professo gewohnt ist um dergleichen Schritte ersucht zu werden. So etwas fällt natürlich einem Fremden und einem jungen Arzte ohne Namen und Ansehen im Lande leichter; jenen älteren Leuten, welche damals die Fahne der Gynäkologie zu Stockholm hoch hielten, wurde es jedoch recht schwer, sich dazu zu bequemen. Möglicherweise wären doch Anordnungen zu treffen gewesen, wodurch die Sache sich für diese Lehrer weniger peinlich gestaltet hätte. Wir lassen indessen unter Vorführung der geschichtlichen Entwicklung der Frage die Ereignisse selber reden. Ich glaube diese Entwicklung getreu und unparteiisch darstellen zu können, sowohl deswegen, weil ich ihr während fast 20 Jahren eine besondere Aufmerksamkeit zugewandt habe, als auch wegen der Beziehungen, in denen ich zu Thure Brandt und auch zur Mehrzahl seiner Gegner gestanden habe.

Es ist hinreichend bekannt und öfters berichtet worden, wie Thure Brandt, (geboren 1819) nachdem er als junger Lieutenant in den vierziger Jahren das Gymnastische Centralinstitut, jene wert-

volle und für Schweden eigentümliche Schöpfung von P. H. Ling, absolviert hatte, sich viele Jahre der gewöhnlichen Heilgymnastik widmete, ehe er seine merkwürdige Erfindung machte, wozu die Wiedereinziehung eines prolabierten Mastdarmes eines Soldaten der erste Anlass war (1847). Erst im Jahre 1861 fing er an, Prolapsus uteri zu behandeln, und im Jahre 1862 Anschwellungen der Gebärmutter.

Aber schon im Jahre 1863, also nur 1—2 Jahre nachdem er die Ausarbeitung seiner Methode begonnen, ging ihm durch einen Brief[1]) die Aufforderung von vier Stockholmer Aerzten zu, von der kleinen Stadt Sköfde in Westergötland, wo er damals wohnte, nach der Hauptstadt zu kommen, um dort vor ihnen seine Methode zu demonstrieren. Diese vier Aerzte waren: Professor und Hebammenlehrer C. A. Cederskjöld, die Drr. C. M. Groth, Th. Schagerström und Alarik Ljungberg, alle vier mit grosser gynäkologischer Praxis; keiner von ihnen war jedoch als Lehrer am Karolinischen Institute angestellt. Infolge dessen begab sich Thure Brandt, der damals Hauptmann war, im September 1863 nach Stockholm und behandelt im Beisein dieser Aerzte und des Dr. Häggström während vierzehn Tagen viele Patientinnen, von denen die meisten dem Gefängnis für weibliche Sträflinge im Stadtteil Norrmalm angehörten, wo Dr. Schagerström als Arzt angestellt war.

Prof. Cederskiöld teilte gleichzeitig im Verein schwedischer Aerzte mit, dass „ein Kapitän Brandt aus Westergötland, der Gebärmutterprolapse und Uteruskrankheiten mittels gymnastischer Behandlung zu heilen versucht und darüber Zeugnisse von Aerzten seiner Provinz vorgelegt habe," nach Stockholm gekommen sei und sich behufs Zusendung von Patientinnen, die an dergleichen Gebrechen litten, gemeldet habe. Für die Pflege solcher Patientinnen seien Zimmer des provisorischen Krankenhauses ihm zur Verfügung gestellt worden, und nun forderte Cederskiöld die Vereinsmitglieder auf, Patientinnen dorthin zu schicken, um zu erforschen, was an der Methode sei.

Die diesen Demonstrationen gewidmete Zeit war natürlich eine zu kurze; die Zuschauer hatten jedoch einen so günstigen Eindruck von dieser Behandlungsweise gewonnen, dass sie beschlossen diese Versuche selber fortzusetzen und eine nochmalige Besprechung der Sache im Verein schwedischer Aerzte zu Stockholm zu veranlassen.

Dies geschah in der Sitzung des 24. November 1863. Cederskiöld berichtete über das, was diese vier Aerzte gesehen und geprüft hatten und führte Briefe von nicht weniger als fünf schwedischen Aerzten (deren Namen genannt wurden[2]) aus dem Landesteile, wo Brandt gewirkt hatte, an, welche günstige Urteile über die Ergebnisse der Methode enthielten. Er schloss, indem er dem

[1]) Abgedruckt in „Nouvelle Méthode gymnastique et magnétique." Stockholm 1868. p. 51.

[2]) Dr. Engelbrecht, Ullin, Lundberger, Collin und Åberg.

Verein die Methode zur Prüfung empfahl und insbesonders vorschlug, dass sachverständige Mitglieder die Fälle sowohl vor eintretender Behandlung diagnostizieren als auch deren Ergebnisse nachher prüfen sollten.

Schagerström, Arzt der Korrektionsanstalt, hatte fortgesetzt zwei Patientinnen mit Uterusprolaps zu behandeln und in dem einen Falle ein gutes Resultat erzielt; der zweite Fall war hingegen unverändert geblieben. Im ersten Falle blieb der Uterus in seiner reponierten Lage während dreier Wochen, fiel aber nach einem Treppensturz wieder vor.

Die Doktoren Häggström und Lamm teilen einen von ihnen gemeinschaftlich beobachteten Fall mit: Häggström hatte den Prolaps nach der von Brandt demonstrierten Methode mittels 1. Rückenhacken, 2. Zitterdruck und 3. Gebärmutterhebung behandelt, und Lamm hatte die Wirkung der Bewegungen auf dem Prolaps kontrolliert: auf das erste Tempo (Rückenhacken) ergab sich kein Resultat, auf das zweite (Zitterdruck) hob sich die prolabierte Gebärmutter ein wenig und nach dem dritten Tempo (Hebung) hatte die Gebärmutter, die vor Anfang der Sitzung mit ihren Orif. ut. ext. $1^1/_2$ Zoll unterhalb des frenulum gelegen, sich dergestalt gehoben, dass sie $1^1/_2$ Zoll oberhalb desselben lag, so dass sie sich demnach volle 3 Zoll gehoben hatte.

Dr. A. Anderson, vice-vicariirender Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie am Karolinischen Institute zu Stockholm, meinte, die Frage sei in ihrem gegenwärtigen Stadium nicht für die Diskussion geeignet; der angeführten Fälle seien zu wenige und übrigens unvollständig untersucht; ausserdem sei kein anderer Erfolg eingetreten als derjenige der gewöhnlichen Reposition; ihm erscheine es wahrscheinlich, vor „dass die Hebung der Dünndärme die wirksamste Bewegung gewesen, da der Luftdruck an sich die Rücktreibung der Gebärmutter befördert habe," er wolle seinesteils sein Urteil bis auf eine Zeit verschieben, wo es auf zahlreichere und mehr befriedigende Thatsachen gestützt werden könne; aus seiner Praxis seien ihm Gründe erwachsen, zu glauben, dass die Diagnostik der Uteruskrankheiten dem Herrn Brandt nicht geläufig sei. Die Professoren Key, Santeson und Malmsten pflichteten Herrn Anderson bei.

Der Gymnast Dr. Sätherberg hatte einen Fall von Prolaps unter Behandlung, der nach fünf Sitzungen noch keine Besserung gezeigt habe.

Am 12. April 1864 brachte Prof. Cederskiöld die Sache wieder vor und referierte einen Fall aus der Praxis eines Kollegen, in welchem ein zehnjähriger Uterusvorfall mittels der Behandlung nach der Brandt'schen Methode geheilt worden sei. Dr. Lamm sprach über einen Fall, der von einer Frau behandelt wurde, die als mit der Brandt'schen Methode vertraut empfohlen worden war, ohne irgend welche Erfolge zu erzielen. Prof. Düben warnt davor, Misserfolge Anderer der Brandt'schen Methode aufzubürden, da sie auf ungeschickter Ausübung derselben zu schieben sein

könnte. Cederskiöld empfahl wiederum die Prüfung der Methode aufs wärmste.

Am 6. Dezember 1864 hielt der Arzt der Wasserheilanstalt zu Bie, Herr Dr. P. A. Levin, einen ausführlichen mit kasuistischen Belegen beleuchteten Vortrag über die Methode Brandt's; die Diskussion hierzu wurde auf das nächste Jahr verschoben.

Am 31. Januar 1865 wurde die Frage einer Diskussion unterzogen, und diese ausführliche und bemerkenswerte Diskussion bestimmte zweifelsohne die spätere Ansicht der Mehrzahl der schwedischen Aerzte in Bezug auf die Brandt'sche Methode, leider in etwas schiefer Richtung. Hinsichtlich des Vortrags, der den Ausgangspunkt der Diskussion bildete, ist zu bemerken, dass Dr. Levin die Technik der Bewegungen mit Genauigkeit und Sorgfalt darstellte, insbesondere hob er hervor, dass nicht nur die Dünndärme gehoben wurden, sondern dass die Gebärmutter wirklich mit erfasst werde.

Von den vorgeführten Krankheitsfällen verteilten sich 2 auf Mastdarmvorfälle (eines Mannes und eines Kindes), 15 auf Vorfälle und 4 auf anderweitige Lageveränderungen der Gebärmutter. Die Namen der Aerzte, welche diese Fälle beobachtet und kontrolliert hatten, waren: Dr. Levin, Dr. Erlandson, Dr. Lundberger, Dr. Bergsten und Dr. Sylvén.

Levin war einmal im Jahre 1863 und dreimal mit kurzen Zwischenräumen während des Jahres 1864 in Sköfde gewesen, um die Methode bei Herrn Brandt zu sehen und zu studieren; unter dessen Patienten befand sich auch eine der Patientinnen Levin's. Er hatte an mehreren von diesen sowohl Diagnosen gestellt als auch dieselben Fälle einige Wochen später kontrolliert. Die beiden Aerzte der kleinen Stadt Sköfde, die Herrn Dr. Erlandson und Sylvén, hatten Dr. Levin mündlich ihr auf eine reiche Erfahrung gegründetes Vertrauen in die Geschicktheit des Herrn Brandt und die Nützlichkeit seiner Methode kundgegeben.

Levin schloss mit dem Urteil: „Meines Erachtens kann ich nicht umhin, der Erfindung des Herrn Brandt ein ebenso grosses oder grösseres Vertrauen entgegenzubringen, als ich es für irgendwelche sonstige Behandlungsweise nicht nur der Gebärmuttervorfälle sondern auch anderer Leiden jenes Organes hege. Meine Ueberzeugung ist ferner, dass sie sich als ein ausgezeichnetes Mittel erweisen wird, eine regulierende regressive Metamorphose bei Fällen wie diejenigen sogenannter Uterusinfarkte oder chronischer Entzündungen, Hypertrophieen und bei Neigung zu allerlei Ablagerungen und fremden Bildungen in der Gebärmutter oder deren Adnexe hervorzurufen und zu unterhalten; dass sie ferner, falls sie mit gebührender Vorsicht — d. h. nicht in Fällen akuter Entzündung der benachbarten Teile oder wenn Entleerung von Anschwellungen oder dergl. droht — und von geübten Personen, die zu den Griffen eine leichte, geeignete Hand besitzen, angewandt wird, durchaus keine Gefahr mit sich bringt — —."

Wie man hieraus ersieht, wurde schon damals das Urteil ausgesprochen, dem die spätere Prüfung im wesentlichen beigestimmt hat.

Levin widersprach auch der von Anderson und Malmsten aufgeworfenen Theorie, dass der Luftdruck die Gebärmutter hineintreibe und zurückhielte: „Bei einiger Ueberlegung muss diese Erklärung durchaus weichen. Um sie anzunehmen, wären zwei Beweggründe möglich: erstens, dass damit das Rücktreiben des prolabierten Uterus in die Beckenhöhle während der Operation selbst gemeint wäre, wobei der Luftdruck wirken sollte, wie er es in einem Pumpencylinder durch Herstellung eines leeren Raumes thut. Dies kann nicht statt haben, weil Brandt genau zusieht, dass das Organ stets in das Becken eingeführt ist, ehe die Bewegung ausgeführt wird und weil es mittelbar durch die Bauchdecken hindurch erfasst und mit einem Handgriff reponiert wird. Der andere Grund sollte der sein, dass der äussere Luftdruck im Stande wäre, das einmal völlig in die Beckenhöhlung zurückgetriebene Organ dort festzuhalten. Dies wird durch die Bemerkung als nichtig erwiesen, dass ein Vorfall dann keine weitere Behandlung als das einfache völlige Zurückschieben des Organes erfordere, was von Jedermann als gänzlich unzulänglich erkannt werden wird." Levin kann das Verbleiben der Gebärmutter in ihrer reponierten Lage nicht befriedigend erklären, deutet aber an, dass es vielleicht in einem „Turgor vitalis," in einer Tonisierung der Muskelnerven und der kontraktilen Gewebe in den Bänden zu suchen sei.

Levin empfahl dringend die Methode eingehend zu prüfen, betonte jedoch, dass es besser sei, „gar keinen Versuch als flüchtige Experimente durch ungeübte Personen" vorzunehmen; am Thunlichsten sei es, seines Erachtens, falls durch etwaige Unterstützung seitens des „Vereins schwedischer Aerzte" Herr Brandt Gelegenheit erhielte, längere Zeit in der Hauptstadt zu verweilen, um teils seine Methode gründlich vorzuzeigen, teils geeignete Personen darin zu unterrichten, wodurch für ihren künftigen Bestand gesorgt werde.

Die scharfe Kritik der jetzt folgenden Diskussion bewirkte leider, dass dieser gute Vorschlag nicht angenommen wurde. Die tüchtigsten Redner des Lehrerkollegs rückten an. Ein Bresche in den gehaltenen Vorschlag schoss zuerst ein Nicht-Gynäkologe, der berühmte Kliniker Prof. G. H. Malmsten.

Die Erörterungen der Krankheitsfälle, welche ein wenig naiv (öfters von Brandt selbst) aufgezeichnet waren, übrigens oft ungeeignet und wenig beweisend und schliesslich ganz und gar nicht für eine solche scharf kritische Musterung berechnet waren, die ihnen nun zu Teil wurde, besassen ja mancherlei Lücken und Gebrechen, die die Angreifer blosslegten. Für die Massagemethode im Ganzen war es auch zu bedauern, dass Brandt anfangs die Prolapsbehandlung als den Kern seiner Methode so besonders hervorhob; es erwies sich ja später, dass eben dieser Teil seiner Methode deren schwierigster und schwächster Punkt ist: deswegen waren auch mehrere der Krankheitsfälle minder gut gewählt und wenig belehrend in Bezug auf die Fähigkeit der Methode eine

dauernde Verbesserung zu bewirken und ihre ganze Tragweite zu zeigen.

Malmsten schloss mit den Worten: „Ueber das mystische, magische Element in der Behandlungsmethode, falls es ein derartiges da giebt, soll der Verein kein Urteil abgeben, und über etwas anderes kann er es nicht wegen der Unzulänglichkeit der vorgelegten Krankengeschichten . . . .; meinesteils rate ich dem Verein schwedischer Aerzte an, vorläufig eine abwartende Haltung zu behaupten."

Nach Malmsten sprach A. Anderson, der Gynäkologe des Karolinischen Institutes, damals noch Adjunkt und bald darauf zum Professor ernannt. Die armen Krankengeschichten, oder besser deren dürftige Ueberreste nach dem Malmsten'schen Angriff wurden nun unter der scharfen Kritik Anderson's samt und sonders klein gehackt.

Hinsichtlich rein formeller Fehler, wie z. B. dass die Portio vaginalis „Muttermund" genannt wurde und dass die Benennungen nicht vom neuesten und besten Schnitt oder nicht ganz exakt waren, hätte man Nachsicht üben können. Wesentlich sollte ja gezeigt werden, dass die Patientinnen gebessert oder geheilt wurden, und dass jene Behandlung diese Heilung bewirkt hatte. Diejenigen, welche die Krankengeschichten niedergeschrieben hatten, waren eben einerseits ein Laie, andererseits in der Provinz sesshafte Aerzte und Nicht-Gynäkologen der Hauptstadt, welche in leichtbegreiflicher Weise naheliegende Begritte und Benennungen mit einander verwechseln konnten, deren Meinung aber, wie man mit ein klein wenig guten Willen leicht gesehen hätte, der Methode gegenüber sehr deutlich war.

Anderson äussere, dass es ihm schwierig sei zu fassen, worin die Technik der „Hebung" eigentlich bestehe. Dies dürfte wohl bei Jedem zutreffen, der sie nicht regelrecht ausführen sah, denn nicht wenige haben wohl, gerade wie es mir selbst ergangen ist, an der Möglichkeit gezweifelt, vom oberen Beckeneingange aus mit den Händen die Gebärmutter erfassen und emporheben zu können, und es doch, nachdem sie es gesehen und sich wirklich davon überzeugt haben, dass es so von statten gehe, zugeben müssen, dass man hier vor etwas Neuem, Genialem stehe, vor etwas, das man a priori sich kaum habe denken können.

Anderson frägt dann, auf was für Beschwerden Levin abziele, indem er vom Nutzen der Methode bei „Neigung zu allerlei Ablagerungen und fremden Bildungen in der Gebärmutter und deren Adnexen" spreche. Er zählt da auf: „Polypen, Fibroide, Cystenbildungen, Tuberkulose, Krebs. Oder was für welche noch?" Die damaligen Gynäkologen kannten sonst keine. Heutzutage fügt man hinzu: Salpingitiden und ihre Folgezustände.

Anderson beschliesst seine Rede, indem er, wie Levin meint, die Methode sei weiter zu prüfen, und mitteilt, dass er, der selbst keine Vorurteile wider die Methode hege und sich schon die Gelegenheit zu ihrer Ausübung verschafft habe, was jetzt um so leichter sei, da Aerzte, die zugleich Gymnasten ex professo

seien und sich lebhaft für die Sache interessierten, sich über die Behandlungsweise des Herrn Brandt unterrichtet hätten. „Dies dürfte wohl die beste Garantie liefern, dass die Methode gebührend geprüft werde, namentlich da Herr Brandt ja aufs eifrigste in Abrede stellt, dass das Gelingen dieser Kuren gerade für ihn eigentümlich sei . . . .

Da Herr Levin wohl weiss, dass kritische Erörterungen und Anmerkungen über allerlei Angaben hinsichtlich einer gewissen Frage sehr gut mit dem Interesse für eben diese Frage vereinbar sind und sogar einem solchen entspringen, so sei es mir gestattet hinzuzufügen, dass es mich ebenso sehr wie Herrn Levin freuen würde, wenn man günstige Resultate aus der von ihm so warm befürworteten Methode erwarten dürfte . . ."

Cederskiöld machte in Bezug auf einen besonderen Fall die Angabe, dass die betreffende Patientin an typischer „Spinalirritation" (Hysterie) litt, während nur eine unbedeutende Gebärmutterentzündung bestand und dass die Behandlung des Herrn Brandt den Psychologen in höherem Masse interessieren dürfte als den Gynäkologen.

Dr. Hartelius (Arzt und Heilgymnast) teilte mit, dass er angefangen habe, die Methode Brandt's in seiner Praxis zu prüfen; dass er über sein eignes Urteil hinsichtlich derselben indessen noch nicht völlig im Reinen sei. Er hätte verflossenen Dezember Herrn Brandt in Sköfde einen Besuch abgestattet und einwenig Einsicht in seine Behandlungsart gewonnen.

Nachdem weiter die Herren Malmsten und Rossander gesprochen, beschloss der Verein auf Antrag von Malmsten, „dass man die Ergebnisse der Prüfung des Herrn Dr. Hartelius abwarten, sich vorläufig jedes Urteils enthalten und demnach die Ausführung und den Vorschlag des Herrn Levin auf sich beruhen lassen solle." Der Vorschlag Levin's um Unterstützung seitens des Vereins für eine Reise des Herrn Brandt nach Stockholm wurde abgeschlagen.

Nach dieser grossen Hauptschlacht vergingen elf — volle elf — Jahre, ehe die Sache wieder zu Tage gefördert wurde. Erst dann legte Dr. A. Hartelius seine Resultate vor.

Ehe wir aber zu diesem Berichte schreiten, möchte es geeignet sein, die Schicksale der Methode ausserhalb des Vereins schwedischer Aerzte während diesen Jahren zu erwähnen. Inzwischen setzte Thure Brandt in Sköfde seine Thätigkeit fort und war von Patientinnen sehr gesucht. Er hat sehr oft seine Massagekur mit einer psychisch-suggestiven oder, wie es damals hiess, „magnetischen" combiniert. Ein Augenzeuge hat mir erzählt in den 1870er Jahren, dass man im Kurparke zu Sköfde bisweilen Kapt. Brandt sehen konnte, wie er eine im magnetischen Schlaf versenkte Dame an der Hand führte.

Solche Kurgeschichten machten damals mehr als jetzt einen Eindruck von Charlatanerie und waren sicherlich nicht sehr förderlich für ein Eindringen der Methode in ernsthafte ärztliche Kreise.

Seine alten Freunde unter den Aerzten in der Provinz Wester-Götland fuhren aber fort, ihm Patientinnen zu schicken.

Im April 1866 hielt der „Aerzteverein für Småland und Westergötland sein Jahresfest zu Sköfde ab und wurde damals Kapt. Brandt eingeladen, einen Vortrag über seine Methode zu halten und seine Handgriffe zu demonstrieren.

Dieser Umstand ist wohl ein Beweis, dass verschiedene Aerzte Schwedens — alles ungeachtet was im Aerzteverein zu Stockholm vorgekommen war — sich fortwährend für die Brandt'sche Kurmethode interessierten.

Im Jahre 1871 empfing Brandt in Sköfde den Besuch des Docenten Dr. Sven Sköldberg aus Stockholm. Er war auf einer Reise nach England begriffen und konnte nicht längere Zeit bei Brandt bleiben, aber sein Besuch hatte ihn wenigstens soviel Anregung gegeben, dass er das Studium der Massage fortsetzen wollte. Er überredete Brandt, im nächsten Jahre nach Stockholm überzusiedeln, um einen grösseren Wirkungskreis zu bekommen und mehr bekannt zu werden.

Dies that auch Brandt im Herbste 1872, meistens wohl wegen der grossen Anteilnahme Sköldberg's; leider kam der Tod und brach diese gemeinschaftliche Arbeit zweier hochbegabter Männer ab. Am 22. Oktober 1872 starb Sven Sköldberg. Er hatte nur Zeit seinen Schülern auf den wahrscheinlich bedeutenden Wert der Brandt'schen Methode aufmerksam zu machen.

Endlich kam am 23. Februar 1875 das Gutachten des Dr. Hartelius über die Methode: Er hatte in diesen elf Jahren 24 Fälle behandelt, darunter 12 Fälle von Prolapsus uteri. Von diesen letzteren waren 6 geheilt worden; von den übrigen 12 Fällen, meistens entzündlicher oder katarrhalischer Natur, waren 6 gebessert, aber nur 2 vollständig geheilt worden. Et hielt die Methode für gut in frischen Fällen und bei kräftigen Individuen, rät zu ihrer Anwendung sogar 2—3 Mal des Tages.

Von den in der Diskussion gehaltenen Reden ist hervorzuheben die von Dr. W. Netzel, damals Adjunkt der Gynäkologie am Karolinischen Institute. Er dankte Herrn Hartelius für seine Mitteilungen und verteidigte den „Aerztlichen Verein" gegen die Beschuldigungen aus Christiania, die Sache totgeschwiegen zu haben und schloss mit folgender Aeusserung: „Meine eigene Erfahrung über die Methode ist sehr gering und sie hat mich von der Ueberlegenheit der Methode über jede andere Therapie nicht überzeugen können. Gerade aber weil meine Erfahrung so gering ist, will ich nicht ein Urteil abgeben, sondern bin eher geneigt, innerhalb gewisser Grenzen der Methode Gutes zuzutrauen. Man könnte vielleicht sagen, dass die Gynäkologen Stockholms verpflichtet wären, sich der Methode zuzuwenden, sie auszuüben und zu prüfen. Gewiss würde dies geschehen, abgesehen von allen praktischen Schwierigkeiten, wenn die Methode wirklich solche Resultate aufzuweisen hätte wie keine der übrigen Arten von gynäkologischer Behandlung: das aber ist noch zu beweisen und ich finde es nicht notwendig, jedes neue Mittel zu versuchen."

Die Herren Malmsten und Petterson deuteten das sinnlich erregende Moment gewisser Manipulationen an („pudendale Zitterbewegungen") und warnten davor. Herr Groth nahm die Reinheit der Motive und den vornehmen Charakter des Major Brandt lebhaft in Schutz. Es wurde auch dies Mal kein Beschluss gefasst, aber es ging aus der Diskussion doch eine gewisse Anerkennung der Methode hervor. Später ist die Sache in „der Gesellschaft schwedischer Aerzte zu Stockholm" nicht wieder aufgenommen worden. Einzelne Mitglieder der Gesellschaft aber haben seitdem als Schüler Brandt's bei ihm die Methode studiert, wie Professor Salin (schon 1880), Docent Dr. Josephson u. A. Meinesteils habe ich selbst, nach einem vierwöchentlichen Aufenthalt bei Brandt im Sommer 1893, mich seither in meiner Praxis sehr fleissig mit gynäkologischer Massage beschäftigt und auch poliklinischen Unterricht darin an der Universität Upsala gegeben.

Von sonstigen schwedischen Aerzten, die Massage treiben, sind zu nennen: Dr. Helleday zu Stockholm (früher Gothenburg), Dr. Norström in Paris, Dr. Hogner in Boston, Dr. P. Lindblom in der Capkolonie. Mehrere von diesen hatten schon vor 1886, — das Jahr vor Brandt's Besuch bei Schultze in Jena — bei dem alten Major studiert. Im Jahre 1889 zur 70. Geburtstagsfeier Brandt's wurde dem Jubilare eine Dank-Adresse von allen schwedischen Aerzten, die seine Schüler gewesen, überreicht. Er hatte wohl noch viel grössere Huldigungen verdient, und wenn er länger gelebt hätte, wären sie ihm auch zuteil geworden, aber diese Adresse zeigt doch, dass eine Spannung zwischen Brandt und den schwedischen Aerzten nicht mehr vorlag. Sicher ist, dass die gynäkologische Therapie in seiner Massagemethode eine gute Gabe empfangen hat, welche auch zur Verfeinerung der Diagnostik beitrug. Kein Gynäkologe und am wenigsten die schwedischen sollten jemals vergessen dem edlen und uneigennützigen Manne für diese Leistungen Dank zu zollen.

Referate und Berichte.

I. Die neuesten Arbeiten über Harnleiter-Chirurgie.

Sammelbericht

von

Dr. RAFFAELE BASTIANELLI
in Rom.

(Mit 2 Abbildungen.)

Litteratur.

Harnleiteruntersuchung und Behandlung.

1. Pawlik, Zur Endoscopie der weiblichen Blase. — Intern. Kongress in Rom 1894, Vol. V, S. 162.
— Derselbe. Centralbl. f. Gynäk. Mai 1894.

2. Howard, A. Kelly, The ureteral catheter. Amer. journ. Obst. 1892. Vol. XXV, Juni.
— Catheterisation of the ureters. Annals of gyn. a. paed., 1893, August.
— The direct examination of the female bladder etc. Johns Hopkins Hosp. Bull. 1893, Novemb.
— und in Amer. journ. Obst. Vol. XXIX, January.
— The cystoscope. — Ibid. Vol. XXX. July.
— Diseases of the female bladder and urethra. Vol. I of the Twentieth Century Practice 1895.
3. Rubeška, Prof. H. A. Kelly u. seine Erfindungen auf dem Gebiete der Harnkrankheiten. Centralbl. f. Gyn., No. 4. 1896.
4. H. A. Kelly, My work on the diseases of the urinary tract in women. — Amer. Journ. of Obst. March 1896 und Deutsch. Centralbl. f. Gyn., 1896. No. 19.
5. Shoemaker, Catheterisation of the female Ureter. — Analy of Surg. 1895. November.
6. Nitze, M., Zum Catheterismus der Harnleiter beim Manne. — Centralbl. für Chir., 1895, No. 9.
— Derselbe. Ueber kystoskopische Diagnostik chirurgischer Nierenerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung des Harnleitercatheterismus. Berl. klin. Woch. April 22—29.
7. Casper, L., Deutsche med. Woch., 1895. No. 7.
8. Kelly, H. A., Gonorrhoeal pyelitis and pyoureter cured by irrigation. Johns Hopkins Hosp. Bull. 1895, February.
9. Casper, L., Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenausspülungen per vias naturales. Versamml. d. Gesell. deutsch. Naturforsch. u. Aerzte. Lübeck, September 1895.
10. Browne, Medical Age 1894. (Citiert nach Centralbl. f. Gyn., 1895, No. 5.)

Harnleiter-Anomalien.

11. Wölfler, Ueber abnorme Ausmündungen der Uroteren. XXIV. Congress d. deutsch. Ges. f. Chir. (Beilage z. Centralbl. f. Chir., S. 118, 1895).
12. Schwarz, C., Ueber abnorme Ausmündungen der Ureteren und deren chirurgische Behandlung etc. Bruns' Beiträge zur klin. Chir. Bd. XV., Heft 1.
13. Alsberg, Centralbl. für Chir., 1895. (Beilage, S. 119.)
14. Colzi, F., Contributo allo studio delle anomalie di sbocco degli uteri in vesica. Lo Sperimentale, 1895. Anno XLIX. Fasc. I, S. 37.

Harnleiterverletzungen.

a) Unterbindung und Trennung während Coeliotomien. — Harnleitersnaht.

15. Tauffer, Beiträge zur Chirurgie der Ureteren und der Nieren. Arch. f. Gynäk. Bd. 46, Heft 3, S. 231. 1894.
16. Neumann, Beobachtungen u. Studien über die Funktion beider Nieren bei Bestehen einer Ureterbauchwandfistel Leopold's, Geburtshilfe u. Gynäkol. Bd. II, S. 361.
17. Buschbeck, Zur Heilung von Ureterbauchwandfisteln etc. Arch. f. Gynäk. Bd. 47, Heft 3.
18. Martin, A., Die Totalexstirpation des myomatösen Uterus per coeliotomiam. Berl. klin. Woch. 1895, No. 29.
19. Fritsch, Bericht über die gynäk. Operationen des Jahrgangs 1891—92. Berlin 1893, S. 74.
20. Schopf, Allg. Wien. med. Zeitschr. 1886, No. 31.
21. Pawlik, Ueber pseudointerligamentöse Eierstocksgeschwülste. Wien 1891. S. 8 u. 9.
22. Gusserow, Charité-Annal. 12. Jahrgang. (Citiert nach Thomson 22a.)
23. Cushing, Annals of Gynaec. a. Paediatry. Vol. VI, Februar 1893.
24. Poggi, Guarigione immediata della sezione trasversale degli ureteri senza obliterazione delle loro cavità. — La Riforma medica, 1887, No. 53—54.

25. Tuffier, Arch. gen. de méd. Mars. 1889, pg. 356. (Citiert nach Glautenay. La chirurgie de l'unetère, 1895.)
26. Thomson, Experimentelle Beiträge zur Bauchchirurgie. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., 1893, S. 173.
27. Weller van Hook, Journ. of the Amer. med. Assoc. Chicago 1893. March.
28. Bloodgood, Annals of Surgery, 1394. January.
29. Monari, U., Ueber Ureter-Anastomosen. Bruns' Beiträge etc. Band XV., Hft. 3, S. 720.
30. Kelly, H. A., Uretero-ureteral anastomosis. Annals of Surgery 1894. January.
31. Emmet, Bache, Injured ureters in abdominal surgery, their care, with report of a case of anastomosis and recovery. The amer. Journ. of Obst., 1895, April.
32. Gallet, Annales Soc. belge Chir. 15. Janvier 1895, pg. 418.
33. Fenger, Annals of surgery. 1894, September.
34. Kelly, H. A., Introduction of bougies into the ureters preceding hysterectomy Johns Hopkins Hosp. Bull. 1894, January.
35. Irvine, S., New-York med. Journ., 1894. 25. August.
36. Kelly, H. A., Ureterotomy. Johns Hopkins Hosp. Bull. 1894, December.
37. Durante, Bollettino della R. Anademica media di Roma. Anno XX. Vol. XV. pg. 59.
38. Margarucci, Ricerche sulla circolazione propria dell' uretere. Il Policlinico, 1894, No. 15.

b) Bei Sacraloperationen.

39. Hochenegg, Wien. klin. Woch. 1893.
40. Westermark, F., Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase. Centralbl. f. Gynäk. 1895, No. 7.
41. Rosthorn, v., Prager med. Woch., 1895, No. 8. Sitzungsbericht etc.

c) Bei vaginalen Operationen.

42. Fritsch, Loc. cit. S. 264.
43. Zweifel, P., Vorlesungen über klin. Gynäkologie, 1892. S. 310.
44. Geyl, Arie, Zur Therapie der Ureterfisteln. Volkmann's Sammlung. Kl. Vortr. N. F. No. 37.
45. Winckel, v. F., Die Heilung der Harnleiterscheidenfisteln, entstanden nach partieller und totaler Entfernung der Gebärmutter. — Sonderabdruck aus der Festschrift zur 100jährigen Stiftungsfeier des med. chir. Friedrich-Wilhelms-Institut, Berlin 1895.
46. Mackenrodt, A., Ueber einige neuere Operationsmethoden. A. Martin's Festschr. 1895, S. 105.
47. — Derselbe. Die operative Heilung der Harnleiterfisteln etc. Wien. med. Woch. 1895, 30. März u. 6. April.
48. Dührssen, A., Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterscheidenfisteln nebst Bemerkungen etc. Sammlung klin. Vortr. N. F. No. 114.
49. Bumm, E., Ueber Harnleiterscheidenfisteln. Correspondenzbl. f. schw. Aerzte, 1895, No. 4.
50. Mayo (Rochester), Uretero-vaginal fistula, the result of vaginal hysterectomy etc. New-York med. Record 1894. 10. Februar. (Ref. im Centralbl. f. Chir., 1894, No. 28.)
51. Société de Chirurgie de Paris. Séances 3., 10., 17., 24. Avril et 1. Mai 1895. (Semaine médic. No. 18, 20, 21, 22, 24. 1895.)
52. Pozzi, Traité de Gynaéologie. 2e Édition, pg. 953.
53. Bellati, Di un processo di autoplastica per scoppiamento nelle fistole vesico-vaginali. Il Policlinico 1895, No. 17.
54. Fergusson, A. H., The operative treatment of vesico- and recto-vaginal fistulae. Amer. Journ. of Obst., 1895. April.
55. Fournel, Gaz. d. Hôpitaux, 1895, No. 49.
56. Tuffier et Levi, Étude sur les fistules urétéro-vaginales. Annal. de Gyn. et d'Obst. 1895. Mai et Juni.

Harnleiter-Darm-Einpflanzung.

57. Gluck und Zeller, Ueber Exstirpation der Harnblase und Prostata. Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XXVI, 1881.
58. Bardenheuer, Die Drainierung der Peritonealhöhle. S. 240.
59. Novaro, Dell' innesto degli ureteri nel recto etc. Bull. della Soc. tra i cultori delle Scienze mediche. Siena. Anno V.
60. Tuffier, La Greffe des urétères dans l'intestin-Greffe urétèro-intestinale. Annales des maladies génito-urinaires. 1888. pg. 241.
61. Reed, Annales of Surgery 1892, November.
62. Morestin, Société anatomique 1892.
63. W. van Hook, The journ. of the Amer. med. Assoc. 1893. 16.—23. Decemb.
64. Giordano, Dell' innesto degli ureteri nel crasso intestino etc. Riforma med. 1892. Maggio.
— La Clinica chirurgica. Anno II. 1894, No. 2.
65. Vignoni, Gaz. med. Torino 1895, No. 2.
66. Küster, Neue Operationen an Prostata und Blase. XX. Congress d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. (Centralbl. f. Chir. Beilage, pg. 132. 1891.)
67. Chaput, Fistule urétèro-vaginale guérie par l'abouchement de l'urétère dans le colon iliaque — Bull. et Mem. de la Soc. d. Chir. de Paris. T. XIX, pg. 309.
— Derselbe. De l'abouchement des urétères dans l'intestin. Archiv gen. de méd. 1894. Janvier.
68. Maydl. Ueber die Radikaltherapie der Ectopia vesicae urinariae. Wien. med. Woch. 1894. No. 25—29.
69. Rein, Cure radicale de l'extrophie de la vessie (Exstirpation de la vessie, implantation des urétères dans le rectum. Congresso internazionale di Roma 1894. Vol. V, pg. 165.
70. Kryński, Zur Technik der Ureterenimplantation in den Mastdarm. Centralbl. für Chirurgie. 1896, No. 4.
71. Bergenhem, Ectopia vesicae et Adenoma destruens vesicae — Exstirpation af blasan. Implantation af uretererna i rectum — (Eira 1895, No. 10. Ref. Centralbl. f. Chir. 1896, No. 16.)
72. Trendelenburg, Ueber Operationen an der Harnblase. XXIV. Congress d. deutsch. Gesellsch. f. Chir. 1895, S. 117.)
73. A. Boari, Modo facile e rapido di trapiantare gli ureteri sull' intestino, senza suture, per mezzo di uno speciale bottone. Ricerche sperimentali. Atti dell' Accad. med. Ferrara. Anno LXIX. Fasc. II. 1895,
74. Derselbe, Il Policlinico 1895, No. 19 und Annales des maladies des Organes gén.-urin. 1896, Janvier.

Harnleiter-Blasen-Einpflanzung.

75. Novaro, Trapiantamento transperitonoale dell' uretere nella vescica a cura della fistola uretero-vaginale. Acc. d. Sc. di Bologna. 1893.
— — Transperitoneale Implantation des Ureters in die Harnblase etc. Wien. med. Woch. 1894, No. 31.
76. Bazy, De l'urétèro-cysto-néostomie. Acad. de Med. 1893. 7. Nov.
— — Annales des maladies des organes gén.-urin. 1894. Julliet.
77. Rouffart, Abouchement de l'urétère dans la vessie. Bull. Acad. royale de médicine de Belgique 1894, No. 11.
78. Penrose, New-York med. Journal 1894. April 11.
79. Kelly, H. A., Ureterocystostomy performed seven weecks after vaginal hysterectom. Johns Hopkin's Hosp. Bull. 1895 February.
80. Florian Krug, Siehe Fenger's Arbeit. Annals of Surgery 1894. September, pg. 283 und Amer. Gynaec. and Obst. Journ. Vol. V, pg. 495 u. 529.
81. Krause, Intraperitoneale Einpflanzung des Ureters in die Harnblase. Centralbl. f. Chir. 1895, No. 9.
82. Pozzi, Semaine médicale. 1895. 27. Mars. pg. 131.
83. Tuffier, Semaine médicale. 1895. pg. 151.
84. J. M. Baldy, A case of surgical injury to the ureter. Amer. Journ. of Obst. 1896. March.

85. Vergl. Frommel's Jahresbericht für 1894. pg. 352.
86. J. Veit, Ueber Heilung einer Ureteren-Verletzung. Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. XXXI, pg. 454.
87. Olshausen, Ibid. Discussion.
88. O. Witzel, Extraperitoneale Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung. Centralbl. f. Gynaek. 1896, No. 11.
89. Büdinger, Beiträge zur Chirurgie des Ureters. Langenbeck's Archiv. Bd. 48, S. 689.

Haut-Einpflanzung.

90. Poggi, La Riforma medica. 1887. Giugno. No. 38.
91. Treckacki, De la greffe de l'urétère Thèse de Paris 1892.
92. Passerini, Della Resezione della vescica urinaria. Il Morgagni 1889. Febbraio.
93. Le Dentu, Congrès français de Chirurgie 1889. pg. 553.
94. Pozzi, Congrès français de Chirurgie 1891. pg. 606.
95. Rydygier, Ureteroplastik — Oest.-Ungar. Centralbl. f. med. Wiss. 1892. (Citiert nach Fenger.)
96. R. Bastianelli, Resoconto di laparotomie etc. Annali di Ostetricia e di Ginec. 1896, No. 2.
97. Donnadieu, Des effets de l'Obstruction de l'uréthère etc. Arch. clin. de Bordeaux. 1895, No. 8.

Harnröhren-Einpflanzung.

98. Poggi e. Tezzoni, Die Wiederherstellung der Harnblase. Centralbl. f. Chir. 1888, No. 50.
99. — — Resultato ultimo di un esperimento sulla ricostituzione della vescica. Acad. scienze Bologna. 26 Aprile 1891.
100. A. Schwarz, Ricerche in proposito della rigenerazione della vescica urinaria. Lo Sperimentale Anno XLV, fasc. V—VI. pg. 484.
101. Derselbe. Sull' innesto degli ureteri nell' uretra e rigenerazione della vescica-urinaria. Riforma med. 1894. Vol. III, pg. 14.
102. Sonnenburg, Eine neue Methode der operativen Behandlung der Ectopia vesicae etc. Berl. klin. Woch. 1880. No. 30.
103. Niéhaus, Centralbl. f. Chirurgie 1887.
104. van Iterson, Centralbl. f. Gynäk. 1893.
105. Langenbuch, Verhandl. des XI. Chir. Congress. (Citiert nach Büdinger).

Scheiden-Einpflanzung.

106. Pawlik, Verhandl. des X. Intern. med. Congresses. 1890. Bd. III, S. 101.
107. Kosinski, Centralbl. f. Krankh. d. Harnorgane 1894. Citiert nach Clado, des Tumeurs de la vesie 1895.)
108. E. Casati e A. Boari, Contributo sperimentale alla plastica dell' uretere. Comunicazione preventiva. Atti Acad. Ferrara 1894. Anno LXVIII fasc. III.

Vorliegender Sammelbericht hat den Zweck, die neusten Fortschritte der Harnleiterchirurgie zu berücksichtigen, besonders was die Gynäkologie betrifft, so dass die Traumen und die Calculose mit ihren Folgen hier nicht berührt werden.

Wenn wir im Folgenden hier und da auch ältere Arbeiten citieren müssen, so soll dies nur teilweise geschehen und nur so oft, wie es die Aufklärung verlangt.

Für die physicalische Harnleiteruntersuchung, welche schon von Hegar, Simon, Pawlik, Sänger, deren Arbeiten wir als bekannt voraussetzen, eingeführt worden war, hat Pawlik[1]) selbst neue Beiträge geliefert. Die Simon'sche Idee einer Untersuchung mittels des Auges, welche sich, ungeachtet der Instrumente

von Skene in Brooklyn, von Grünfeld, von Rutenberg, und den Beobachtungen Fenwick's und Austin's nie in der Praxis eingebürgert hat, scheint sich jetzt in einer neuen Bahn zu bewegen.

Durch Erfahrungen belehrt hat Pawlik sein Verfahren und seine Instrumente so geändert, wie er sie auf dem internationalen medicinischen Congress in Rom im April 1894 demonstrierte und im Centralbatt für Gynäkologie vom 5. Mai 1894 mit Abbildungen beschrieb.

Er bedient sich eines Simon'schen, mit elektrischem Apparat und Spülvorrichtung (um bei langen Untersuchungen den Apparat abzukühlen) versehenen, gestielten Metallspiegels. Nachdem in der Narkose die Harnröhre ausgeweitet, die Kranke auf den Bozeman'schen Tisch festgelegt, oder, falls ein solcher nicht zur Hand oder die Kranke zu schwer ist, in die Trendelburg'sche Stellung gebracht und die Blase durch das spontane Eindringen der Luft ausgedehnt wurde, kann man etweder durch reflectiertes Sonnenlicht oder mittels des elektrischen Glühlichts die ganze Blase untersuchen, und wenn man den Spiegel nach rechts oder links um 30 ° dreht, die Harnleitermündungen sehen und sie sondiren. Der schwache Punkt der Methode liegt in der Ausweitung der Harnröhre, zu welcher wir nur durch die Schwere des Krankheitsfalles berechtigt sind: in minder schweren Fällen bedient sich der Autor des Nitze'schen oder Leiter'schen Apparates, ohne die Harnröhre zu erweitern, aber diese erlauben weder so gute Uebersicht noch operative Eingriffe.

In vielen Arbeiten hat H. A. Kelly[2]) in Baltimore dasselbe Thema behandelt und in seinem letzten Aufsatz seine Methode genau beschrieben.

Bevor wir diese Methode schildern, wollen wir auf den von Rubeška begonnenen Streit zwischen Pawlik und Kelly kurz eingehen. Rubeška[3]) hat zu beweisen versucht, dass alle von Kelly als eigene beschriebenen Erfindungen nichts anders als unbedeutende Modifikationen der von Pawlik schon geübten und von Kelly selbst in Prag 1888 und 1889 im Gebrauch gesehenen Methoden seien.

Gegenüber diesen Behauptungen hat Kelly[4]) nachgewiesen, dass er in Prag keine andere Methode der Ureterensondierung als die schon bekannte freihändige („Fishing-Methode") gesehen habe, dass sein jetziges Cystoskop, die Luftanfüllung der Blase nebst Untersuchung und Sondierung der Harnleiter mittels des Auges von ihm selbst, ohne Pawlik's Procedur zu kennen, unabhängig erfunden seien, dass er schon im November 1893, d. i. 6 Monate vor dem Römischen Kongress, seine Methode veröffentlichte, ohne dass Pawlik weder damals noch später Prioritäts-Rechte geltend gemacht habe. Ausserdem habe er in zahlreichen Arbeiten neue Verfahren von Ausspülung der Ureteren, des Nierenbeckens, von Behandlung verletzter Ureteren etc. bekannt gemacht.

Während einerseits die von Kelly beschriebenen Instrumente und Methoden allerdings nicht als völlig neue Erfindungen anzusehen sind (und so viel verlangt der Autor auch selbst nicht), so wäre es doch sehr unrecht, sie blos als Pawlik'sche Methoden, die Kelly sich angeeignet habe, hinzustellen. In Kelly's Arbeiten

lassen sich die Spuren älterer Verfahren und Ideen leicht erkennen, so die graduierte Erweiterung der Harnröhre (G. Simon), die Cystoskopie mit reflektiertem Licht (Grünfeld), die Uretertastung (Hegar und Sänger), die freihändige Ureteren-Sondierung und die Erfindung des Ureteren-Catheters (Pawlik). Doch hat Kelly Modifikationen und Neuschöpfungen von Instrumenten, Untersuchungs- und Behandlungs-Methoden der Blase und Ureteren angegeben, deren Neuheit und Werth nicht zu bestreiten ist, abgesehen von dem entschiedenen Verdienst die einfache ältere Methode der direkten Cystoskopie mit reflektiertem Licht vervollkommnet und populär gemacht zu haben.

Nachdem wir die historische Seite der Frage berücksichtigt haben, wollen wir jetzt die Kelly'sche Methode selbst beschreiben.

Er benutzt 8 cm lange, mit fortschreitenden Nummern versehene metallische Röhrenspiegel von 5—20 mm Durchmesser. Meist im Gebrauch sind No. 8, 10, 11. — No. 8 ist 8 mm im Durchmesser und die bequemste, weil sie keine Harnröhren-Erweiterung erfordert. Wird dies für nöthig befunden, so kommt Cocaïn in Anwendung. Dann führt er einen konischen Dilatator ein von 4 mm Durchmesser an der abgestumpften Spitze, von 16 mm an der Basis, bei 72 mm Länge. Derselbe ist mit einer Graduierung versehen, die den Grad der erhaltenen Erweiterung abzulesen gestattet. K. hält 1 cm für genügend, und als nicht zu überschreitendes Maximum 2 cm. Selten aber nimmt er mehr als 1 cm in Anspruch, oder benutzt er die Narkose. Patientin befindet sich in erhöhter Steissrücken-Lage mit 2 Kissen unter dem Steiss oder in Knieellenbogenlage. Der Spiegel wird mittels eines konischen Obturators eingeführt und als Lichtquelle wird ein elektrisches Stirnlämpchen benutzt, oder das mittels Stirnspiegels reflektierte Licht von einer elektrischen Lampe, die in der Steissgegend gehalten wird, indem man auf möglichste Kleinheit der Einfalls- und Reflexwinkel achtet. So kann man, indem man den Spiegel dreht, den Griff auf und nieder bewegt, die ganze Blase betrachten. Um sich über die Lage einer krankhaften Veränderung zu orientieren, schlägt K. eine Zonen-Teilung der Blase vor, auf die wir hier nicht weiter eingehen. Während der Untersuchung kann man, wenn nötig, mittels Catheter Urin aus der Blase ablaufen lassen. Um dies bequemer auszuführen, hat Shoemaker[5]) an der inneren Seite des Spiegels ein kleines Rohr angebracht, welches durch einen Schlauch mit einem Aspirator verbunden ist, so dass der Urin continuierlich ausgesaugt wird.

Schwer ist es in der Knieellenbogen-Lage den Harnleiter bei Jungfrauen zu sehen, weil die mit Luft vollgefüllte Blase sich stark erhebt und mit ihrem Hintergrund nach dem Steiss zu steigt, so dass der Beobachter gezwungen ist, den Kopf unter den Körper zu beugen. Hier ist es ratsam, die Blase mit einem Scheidenspiegel zu stützen.

Kelly's Harnleiter-Catheter ist 25 cm lang, an der Spitze leicht gebogen und seitlich mehrfach durchlöchert. Zur Harnleiter-Drainage benutzt er einen an der Spitze fein durchlochten Catheter von 6 cm Länge, 2 mm Durchmesser, der in ein 15 cm langes Gummirohr ausläuft. Er wird mittels eines sehr langen steifen Stiels

eingeführt. Beiderseits eingeschoben lässt er Harn beider Nieren in zwei abgesonderten Glasröhrchen gewinnen. Falls aber eine Cystitis, besonders eine akute, vorliegt, darf man die Catheter nicht zu lange in den Harnleitern lassen. In solchen Fällen kann man den Urin des einen wie des andern Harnleiters auch ohne Catheterisierung, erhalten indem man einen schiefgeschnittenen Spiegel benutzt, Hat man die Frau in Knieellenbogenlage gebracht, den Spiegel eingeführt, die Harnleitermündung gefunden, diese mit in Borwasser eingetauchte Watte gründlich gereinigt, dann den Spiegel ausgewischt und den schrägen Teil gegen die unter der Mündung des Harnleiters sich befindende Blasen-Wand gedrückt, so träufelt der Urin leicht in den Spiegel, besonders wenn er im Strahl herausfliesst, und kann, falls er spärlich fliesst, mit einem Bausch Watte aufgefangen werden, den man nachher ausdrückt. Auch mit einem Spiegel mit runder Oeffnung und in Steissrücken-Lage der Frau ist es möglich den Harn eines einzigen Harnleiters zu bekommen, indem man die Mündung des Spiegels gegen die Blasenwand in der Weise andrückt, dass die Mündung des Harnleiters sich im Centrum des Spiegels befindet, so dass sich der Harn, der in die Blase fliesst, nicht mit dem mischt, der in den Spiegel fällt. Die per vias naturales an den Harnleitern ausführbaren Massnahmen sind: die Sondierung, um das Kaliber zu ermiteln, der Catheterismus, die permanente Drainage, die Harnleiter- und Nierenbecken-Auswaschung.

Einfach, weil keine Vorbereitung erfordernd, ist nach Nitze[6]) die Harnleiter-Untersuchung und Sondierung durch einen gewöhnlichen cystoskopischen Apparat, dem man ein gebogenes Rohr anfügt, welches mittels einer verschiebbaren Hülse längs des Cystoskops bis nahe an den Schnabel gleitet. Dieses Röhrchen hat eine fixe Biegung, in die man einen schmalen Catheter hineinführt, der dann unter Controle des Auges leicht in den Harnleiter hineingeschoben werden kann,

Eine heftige persönliche Auseinandersetzung entstand mit Casper[7]), der im Jahre 1895 der medic. Gesell. in Berlin ein nach gleichem System gearbeitetes Instrument vorlegte und die Priorität der Idee beanspruchte. Thatsache ist aber, dass Nitze bereits 1894 sein Instrument mit dem angefügten Harnleiter-Catheterisierungsapparat in einem Vortrag auf dem Kongress in Rom vorzeigte.

Welche von beiden Methoden, die unter Inspektion durch den Spiegel oder die mit dem Endoscop vorzuziehen sei, lässt sich, ehe weitere Erfahrungen gemacht worden sind, nicht sagen. Für Frauen scheint uns die Kelly'sche Methode am einfachsten und praktischsten.

Es gelang ihm auch mit derselben den Harnleiter auszuwaschen und gleichzeitig das entzündete Nierenbecken örtlich zu behandeln. Zu diesem Zwecke verbindet Kelly[7]) den Catheter unter Zwischenschiebung eines Gummirohrs und Glashahnes, mit einem Irrigator: die Auswaschung erfolgt dann durch blosse Hebung oder Senkung des letzteren. Casper[9]) führte auch Injektionen mit Höllensteinlösungen von 1—2% aus.

Aber man kann nicht nur mit Cystoskopen und anderen Instrumenten durch die Urethra und die intakte Blase die Ureteren sehen

und behandeln, sondern auch nach Anlegung einer medialen Vesicovaginalfistel, wie Bozeman zuerst zeigte. Ihm folgend schlägt Browne[10]) vor, das Septum vesicovaginale und die Blase durch einen Schnitt in der Medianlinie zu öffnen, und dann mittels zweier langen Silberdrähte die Blase zu evertieren, so dass die Ureterenmündungen dem Auge zugänglich gemacht werden können.

Anomalien der Harnleiter-Mündung waren schon öfter Gegenstand der chirurgischen Behandlung, welcher es gelang, die Kranken von der Harnincontinenz zu befreien. Neuerdings sind folgende weitere Fälle veröffentlicht worden.

Wölfler[11]) beobachtete ein 12-jähriges, mit Incontinenz belastetes Mädchen mit einer vestibularen Harnleiter-Ausmündung. Der Harnleiter selbst war nicht weit von seinem Ende ampullenartig ausgedehnt. Eine weite Blasenverbindung werde durch ein der Dupuytren'schen Zange ähnliches Instrument eingeleitet, hiermit der erweiterte Harnleiter, und die ihm anliegende Blasenwand zusammengepresst, ohne den Sphincter zu verletzen. Als nach anderthalb Jahren die Incontinenz fortdauerte, weil das Blasensphincter, vielen Untersuchungen zufolge, sehr erweitert war, machte Wölfler die Harnröhrendrehung nach Gersuny. Jetzt kann das Mädchen 5—6 Stunden den Harn zurückhalten. Nach dem Wölfler'schen Bericht auf dem XXIV. Deutschen Chirurgen-Kongress wurde der Fall ausführlich auch von Schwarz[12]) besprochen. Für andere Details, sowie für anatomische und literarische Auseinandersetzungen verweisen wir auf seine Arbeit.

Alsberg[13]) sah bei einem seit seiner Kindheit mit Incontinenz belasteten 18 jährigen Mädchen die Ausmündung eines Ganges in der vorderen Scheidenwand, und schnitt ihn bis in das rechte Parametrium hinein aus. Der Autor glaubte, dass es sich um einen persistierenden Wolf'schen Gang handelte: die Flüssigkeit, die herausfloss, enthielt keine Harnbestandteile. Das Mädchen starb an Pyämie. Bei der Sektion erwies es sich, dass der Kanal bis zum rechten Nierenbecken reichte und dass es doch ein Harnleiter gewesen war. Links war der Ureter verdoppelt.

F. Colzi[14]) sah einen dem Wölfler's ähnlichen Fall: der Harnleiter erschien wie eine Spalte links unterhalb der Harnröhrenöffnung, durch welche man in eine 1 cm lange, 9 mm breite und anscheinend blind endigende Höhlung hinaussah, die aber bei näherer Betrachtung eine Oeffnung zeigte, in die eine 2 mm dicke Sonde in der Richtung der linken Niere bis 30 cm tief eindrang. Durch längere Beobachtungen, direkte Untersuchung der Blase mit dem Cystoskop und nach der Sondierung des rechten Harnleiters, diagnosticierte Colzi, dass dieser Kanal der linke Harnleiter mit anormaler Mündung sei. Er pflanzte dann den Harnleiter in die Blase ein durch eine Operation, deren Gang jeden Chirurgen interessieren wird: Einschnitt unterhalb der Schamfuge und oberhalb der grossen Labien, in ziemlich scharfen Bogen; von dem höchsten Punkt dieses Einschnittes Verticalschnitt aufwärts über den Mons Veneris. Ablösung der Clitoriswurzeln und Eindringen in den prävesicalen Raum, Ab-

schiebung der Harnröhre und der Scheide und, um sich Platz zu schaffen, Abtragung des knöchernen Schambogens in 1 cm Höhe, dann Ablösung der Blase links bis auf den Punkt, wo normaler Weise der Harnleiter sein sollte. Nach Isolierung des linken Harnleiters —|-förmiger Einschnitt in die Blasenwand, auf 1 cm Tiefe sie ganz durchdringend, sonst nur durch die Blasenmuskulatur. Der Harnleiter wurde dann quer durchtrennt und in den Blaseneinschnitt eingepflanzt, unter Annähung an die Submucosa und an zwei von dem Schnitt lospräparierten Muskelläppchen. Vereinigung per primam. Völlige Herstellung.

Was diese Ureteren-Anomalien im Allgemeinen betrifft, sei hier nur erwähnt, dass solche abnorme Ausmündungen einfacher oder überzähliger Harnleiter bis jetzt in der Urethra, in der Vagina, im Vestibulum, im Gartner'schen Gang beobachtet worden sind. Als patognomonisches Symptom ist Incontoninenz anzusehen, wobei die Kranke aber in gewissen Intervallen auch Harn im Strahle entleeren kann.

Die bisherigen Behandlungsmethoden sind folgende:

1.) Epicystostomie und Anlegung einer Ureterblasenöffnung (Ureterocystostomie) mit Obliteration des distalen Endes. (Tauffer, Baumm).

2.) Excision des Endstückes des abnormen Harnleiters, Einpflanzung des Ureters in die Blase. Die Operation wurde per vaginam ausgeführt (Davenport, Bäker). In einem Fall von Mündung eines Harnleiters im oberen Teile der Vagina, in der Nähe des Collum uteri, suchte Emmet den Ureter künstlich zu verlängern, indem er aus der Scheide einen röhrenförmigen Lappen bildete in der Hoffnung ihn später mit dem Ureter und der Blase vereinigen zu können. Die Frau starb an Pneumonie.

3.) Extraperitoneale subpubische Implantation in die Blase. — (Colzi).

4.) Anlegung einer Ureterblasenöffnung (Ureterocystostomia) per vias naturales, unblutig nach Wölfler, oder blutig, mit einem Tenotom, nach Bois.

5.) Anastomosenbildung zwischen dem abnormen und dem normalen Ureter (Uretero - anastomosis) wie sie Monari beim Hunde experimentell hergestellt hat. (Siehe Seite 77.)

Die Verletzungen der Harnleiter während der Operation wollen wir getrennt betrachten, je nachdem der Unfall unter einer Coeliotomie, oder einer Vaginal- oder Sacraloperation geschah.

Von Harnleiterverletzungen während einer Coeliotomie mit nachfolgender Bauchfistel aus neuester Zeit sind folgende zu erwähnen:

1 Fall von Tauffer[15]), Laparotomie und Enucleation eines grossen subperitonealen Fibroms nach Durchtrennung eines kinderarmdicken Stiels in Verbindung mit dem Uterushals. Umstechung der Art. uterina und spermatica. Fieberhafter Verlauf, am 18. Tag p. op. Fluctuation in der Narbenlinie der Bauchwand, und Entleerung (durch Incision) von viel Eiter. Absonderung immer reichlicher, urinös: nun

war klar, dass der linke Ureter verletzt worden sein musste. Nach Feststellung, dass die andere Niere gesund und eine Verbindung mit der Blase unausführbar sei, lumbare Nephrectomie und Genesung.

2. Fall von Tauffer. Enucleation eines linksseitigen subserösen Adenofibroma Uteri. Viele Umstechungen. Nach der Exstirpation ergab die systematische Aufsuchung der Harnleiter, dass der linke durchschnitten worden war. Die direkte Vernähung mit dem distalen Ende war unmöglich, da dieses fehlte, vielleicht weil es bei der Excision der Geschwulstkapsel zum Teil ausgeschnitten worden war. Daher nähte er das durch Mesenterium und Mesocolon geführte proximale Ende in die Bauchwunde. Nach sechs Monaten lumbare Nephrectomie und Heilung. Die genauere Geschichte dieses interessanten Falles nebst darangeknüpften Bemerkungen, findet sich in der Neumann'schen[16]) Arbeit. — Eine seitliche Ureteren-Verletzung erlebte während einer doppelseitigen Pyolsalpinxextirpation, J. Veit. (Siehe No. 86). Der Ureter wurde im unteren Winkel der vorderen Bauchwand fixiert. Bei den Versuchen später den Harnleiter durch Sectio alta in die Blase einzunähen, starb die Frau an Urininfiltration. Die Sektion zeigte Obliteration des rechten Ureter an der Stelle des Ligamentum infundibulo-pelvicum, ohne Hydronephrose, und schwere Pyelonephritis der linken Niere. — Buschbeck[17]) erzählte von einer durch Leopold ausgeführten Myomectomie mit extraperitonealer Stumpfbehandlung. Es entstand eine Harnleiter-Bauchwandfistel, welche mittelst einer nach Nussbaum ausgeführten Plastik geheilt wurde. Leopold eröffnete die Bauchhöhle oberhalb des Stumpfes, drängte die Blase mittelst eines Katheters zwischen den Wundrändern hervor und fixierte sie daselbst. Nach 7 Tagen, machte er einen Einschnitt in die Blase, setzte einen Katheter in den Trichter der Ureterfistel und führte ihn durch Blase und Harnröhre nach Aussen. Nachdem sich so ein Kanal gebildet hatte, der die Harnleiterfistel mit der Blase verband, bedeckte er nach etwa einen Monat den so gebildeten Kanal, indem er die daneben angefrischte Haut über den so lange liegenden Gummi-Katheter vernähte. Er erhielt erst nur eine Heilung mit Fistel, weil der Gummi-Katheter nicht mit lateralen Oeffnungen versehen war und so den Harn nicht völlig ableitete. Eine zweite Hautplastik schloss die Fistel. Vollständige Heilung.

Zwei Ureterverletzungen erlebte A. Martin[18]) auf 204 Myomoperationen: in einem Fall wurde er durchschnitten und dann in die Blase eingenäht, in dem anderen unterbunden, mit Wiederlösung der Ligatur. Beide Frauen starben. Bei der Exstirpation eines doppelseitigen malignen Ovarialtumors hat Fritsch[19]) die beiden Ureteren unterbunden. Die Frau starb. In einer anderen Reihe von Fällen war es aber möglich die getrennten Enden wieder zu vereinigen. So konnte Tauffer über folgende Fälle berichten:

1.) Enucleation einer rechtseitigen intraligamentären Cyste, Trennung und Entblössung des Ureter. Um die beiden Enden zusammenzunähen, legte er ein 4 cm langes Stück eines englischen Katheters No. 8, der in der Mitte an einem Faden befestigt wurde, in die zwei durchschnittenen Lumina des Ureters provisorisch ein, adaptierte die durchschnittenen Enden mit 6 — 8 Nähten und entfernte

den Katheter vor dem Schürzen der drei letzten Knoten. Sicherung der Nähte durch Nahtheranziehung auch des peritonealen Bindegewebes. Glasdrain nach oben und durch die Scheide. Heilung.

2) Enucleation eines linkseitigen extraperitonealen Tumors, schwere Blutung: Excision und Vernähung eines Teils der Geschwulstkapsel. Nun wird in der Nähe des Uterus ein bläulicher, durchsichtiger zolldicker schwellender Tumor bemerkt, welcher, da er ein Hämatom zu sein schien, incidiert wurde. Dann wurde constatiert, dass es der eingebundene und zu $^2/_3$ durchschnittene Ureter war. Naht wie im vorigem Fall. Heilung.

Dazu kommen 4 weitere hierher gehörige Fälle von Schopf[20]) (Tod nach 7 Wochen, die Naht war völlig gelungen), Pawlik[21]) (Tod nach der Operation, Naht hielt gut), Gusserow [22]) (nach sechs Tagen Tod, — Abscess und septische Peritonitis.), Cushing[23]) (Sutur mit drei Nähten — zuerst Harnausfluss, dann Heilung). Die direkte circuläre Zusammennähung des durchtrennten Ureters scheint also durchaus berechtigt, wenn auch die Experimentatoren darüber nicht übereinstimmen. Deren Versuche sind alle an Hunde angestellt worden, beim Menschen aber ist öfter das Kaliber des Ureters ein so weites, dass eine Naht viel leichter ausführbar ist. Statt der circulären Naht kann man auch das proximale in das künstlich mit einer Zange erweiterte distale Ende invaginieren und mit Nähten befestigen, wie Poggi[24]) an Hunden zeigte. Die Experimente Tuffier's[25]) und Thomson's[26]) waren allerdings für Poggi's Methode und für die circuläre Naht nicht sehr ermutigend, sei es im Bezug auf das unmittelbare Ergebnis, sei es einer nachfolgenden Stenose. Deshalb prüfte Weller van Hook[27]) eine sicherere Invaginations-Methode, indem er das distale Ende zuband, die Wand des Ureters unterhalb der Ligatur schlitzte und das schiefgeschnittene proximale Ende in diesen Schlitz einschob und mit Nähten befestigte. Mit dieser lateralen Invagination hoffte er statt einer circulären Narbe eine eliptische zu bekommen und so der Stenose vorzubeugen. Spätere Experimente von Bloodgood[28]) haben diese Meinung bestätigt. — Gegen van Hook's Methode hat Monari[29]) Einwürfe erhoben, welche mir nicht ganz berechtigt scheinen. Wenn er sagt, dass Hook's Methode vor der Poggi's nur scheinbare Vorteile voraus habe, indem die Vereinigung nur durch die Verwachsung der Schnittfläche des distalen Endes mit dem periureteralen Bindegewebe des proximalen Endes von sich gehe, und dass bei Erweiterung des proximalen Endes die Invagination nicht ausführbar sei, so vergisst er nicht nur, dass diese Vorwürfe auch für die Methode Poggi's gelten müssen, sondern auch, dass man mit dem van Hook'schen Verfahren auch das erweiterte proximale Ende in das distale einführen kann, indem man dieses so breit schlitzt wie es eben nöthig ist.

Aber auch die Erfahrung am Menschen hat zu Gunsten der van Hook'schen Methode gesprochen. Kelly[30]) hat sie bei einem Falle von Extirpation eines grossen subserösen Myoms, wobei der Ureter, welcher wie eine abgeplattene Vene erschien, zwischen zwei Ligaturen durchtrennt worden war, zuerst angewandt. Die Frau genas ohne Störung. Ebenso operierte nach ihm Bache Emmet[31]). Bei

Operation eines, ursprünglich vielleicht der Gebärmutter entstammenden, in der Gegend des 5. Lendenwirbelkörpers verwachsenen Fibroms zerriss er den Harnleiter, der wie ein Blutgefäss aussah. Der ausfliessende Harn liess ihn den Unfall merken. Der Harnleiter hatte da, wo die Geschwulst ihn comprimierte, einen Durchmesser von 6 mm, höher oben von 8 mm. Bache Emmet zog mittelst 3 Nähten, statt eines wie van Hook und statt zweier wie Kelly, das proximale Ende in den Schlitz des distalen Abschnittes herein. (Siehe Figur 1 und 2.)

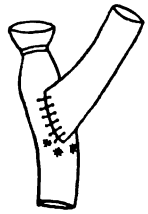


Fig. 1.

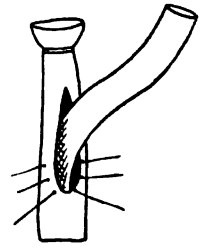


Fig. 2.

Nach 3 Tagen bemerkte er an betreffender Seite eine Anschwellung, welche er änfänglich für eine Erweiterung des Harnleiters hielt; da sie aber nicht fortschritt, erkannte er, dass es sich um eine Darmverlöthung handelte. Die Frau genass. Doch lässt sich nicht sagen, ob in diesem Falle die Funktion von Niere und Ureter vollständig in Ordnung blieb. Es könnte doch eine Harnleiterverengung entstanden sein, die nur, auch weil auf aseptischem Wege erzielt, noch keine Symptome gemacht habe. Sicherlich wird man dies Verfahren, sowie das folgende von Monari nicht in Ausführung bringen können, falls der Harnleiter durch eine fibröse Perimetritis fixirt ist; hier muss die circuläre Naht ausgeführt werden, deren Verwendbarkeit neuerdings auch Gallet[32]) experimentell bewiesen hat.

Seinen Ideen zufolge hat nun Monari an Hunden eine neue Methode, welche er Uretero-Anastomosis nennt, mit Erfolg ausprobiert. Beide Enden des durchschnittenen Harnleiters werden mit Seidenfäden verschlossen, dann macht man in der Nähe der Stumpfenden und auf einander gegenüberliegenden Flächen, ähnlich wie bei der lateralen Entero-anatomose, je eine 1 cm lange Längsöffnung, welche man analog dieser mit Catgut vereinigt. Um den so vernähten Uretes befestigt man noch ein Stück Bauchfell, das vorher abpräpariert wurde. Dass diese Anastomose eine Verkürzung mit sich bringt und daher nicht immer anwendbar ist, besonders wenn schon ein Stück Harnleiter verloren gegangen ist, leuchtet ein. Daher hat Monari experimentell versucht die Vereinigung in zwei Zeiten auszuführen, indem er die durchtrennten Enden anzog, sie in der Bauchwand befestigte und sie erst einen Monat später isolierte und anastomisierte. Dies gelang ihm beim Hunde so gut, dass selbst die 2 cm entfernten Enden leicht gepaart werden konnten.

Eine andere Art von Vereinigung, welche unbedeutende Verkürzung mit bringt, besteht nach Monari in der Spaltung beider Enden des getrennten Harnleiters, so dass zwei V-förmige Oeffnungen

entstehen, welche man mit Catgut vereinigt. So ist keine Stenose eingetreten. Ein ähnliches Kunststück, schon bei Darmstenosen angewandt, war bei Ureterstenosen von Fenger[33]) empfohlen, und bei Harnleiterwunden statt der circulären Naht auch von van Hook experimentell approbiert worden.

Wenn wir kurz zusammenfasssen, so ergiebt sich, dass Harnleiterverletzungen bei Coeliotomien nicht selten sind. Sie geschehen meistens bei subserösen Geschwulstausrottungen und, nach Tauffer, besonders bei papillären Cystomen, welche sich zwischen Uterus und Blase entwickeln, und allmählig den Ureter verschieben: in diesen Fällen kann uns die begleitende Dislocation der Blase schon vor der Operation auf der Ureterverschiebung aufmerksam machen. Nach solchen Operationen müssen die Ureteren immer systematisch aufgesucht werden, auch soll der Geschwulstmantel nie tief ausgeschnitten werden, welchen Umstand, meiner Meinung nach, Tauffer so viele Harnleiterverletzungen zuzuschreiben hatte.

Der erkannten Ureterverletzung können wir als Mittel, welche die Continuität der Harnwege wieder herzustellen vermögen, entgegensetzen: die Vereinigung durch circuläre Naht (Tauffer), die directe Invagination beider Enden (Poggi), die laterale Invagination (van Hook), die laterale Anastomose, ein- oder zweizeitig (Monari), die V-spaltung und Naht (van Hook, Monari), die Harnleiter-Harnblaseneinpflanzung (Penrose, Pozzi, Krug, Baldy, Veit, Olshausen), welche wir weiter unten besprechen werden. Wenn die Wiedervereinigung ganz unmöglich ist, dann ist die Nephrectomie erlaubt; aber in diesen Fällen ist, wenn auch die sofortige Ausführung derselben erfolgreich sein kann, immer die später nachgeschickte Nephrectomie vorzuziehen, wie auch die oben citierten und die folgenden Fälle von Tauffer lehren.

1. Enucleation eines glandulären subserösen Cystoms, viele Umstechungen. Die systematische Aufsuchung der Ureteren zeigt, dass der linke durchschnitten und mit dem distalen Ende wegen Dünnheit der Wände nicht susammenzunähen war. Daher gleichzeitige lumbare Nephrectomie. Heilung. —

2, Während der Enucleation einer rechtseitigen intraligamentären Geschwulst Zerreissung der Blase, schwere Blutung, welche viele Ligaturen in der Nähe des Uterus erfordert. Der rechte durchschnittene Ureter ist in einer Ligatur gefasst, und das distale Ende nicht aufzufinden. Daher gleichzeitige lumbare Nephrectomie. Tod am 5. Tage an acuter Nephritis.

Der Fall ist, nach Tauffer, geeignet die Favre's Theorie von der vorübergehenden Insufficienz und gesteigerten Erkrankungsfähigkeit der anderen Niere zu bestätigen. Mir scheint, dass in diesem wie in ähnlichen Fällen, die vorgefundene Nierenerkrankung nicht als eine primäre, sondern als eine die allgemeine Infektion oder Intoxication begleitende parenchymatöse Entzündung aufzufassen sei. Gewöhnlich findet man auch eine wohl ausgesprochene Leberentartung. Aber dies zu erörtern ist hier nicht der geeignete Platz.

Eine andere Indication für die Nephrectomie ist die aufsteigende Ureteropyelitis und Niereneiterung, welche manchmal

später der Harnleiterdurchtrennung folgt. In einem solchen Fall, nach einer Totalexstirpation des myomatösen Uterus, war ich gezwungen, die sekundäre Nephrectomie auszuführen. Die Niere war voll von Abscessen. Die Kranke genas.

Ob die Darmeinpflanzung der Ureteren der Nephrectomie vorzuziehen wäre, ist eine noch nicht entschiedene Frage. Wir werden uns mit dieser weiter unten beschäftigen.

Um die Verletzungen des Ureters zu vermeiden, genügt nicht immer die genaue Kenntnis seines Verlaufes, auch nicht, dass man sich peinlich an die Wand des Uterushalses hält, wie A. Martin räth, denn die Verletzung ist manchmal durch eine Verlagerung des Ureter bedingt, wie schon W. A. Freund, dann Tauffer und J. Veit gezeigt haben. Kelly[34]), und nach ihm Irvine[35]) haben daher vorgeschlagen, in die Harnleiter ein Bougie einzuführen, um ihren Ort während einer Hysterectomie oder der Ausrottung von adhärenten Geschwülsten zu bezeichnen; habe man gar keine Zeit vor der Operation zu verlieren, oder findet man Schwierigkeiten dabei, so schlägt er vor[36]), jedesmal, wenn man im Laufe einer Coeliotomie einen Harnleiter abgebunden zu haben befürchtet, mit dem Katheterisieren nicht zu säumen, sondern den Harnleiter am Beckeneingang freizulegen, ihn der Länge nach einzuschneiden, zu sondieren, dann wieder zuzunähen. Kelly hat dies in 3 Fällen gethan ohne Schaden. Im Gegenteil, fand er in einem dieser Fälle, dass er wirklich den Harnleiter unterbunden hatte. Die Sondierung ist aber nach Fritsch eine schlechte Methode, denn auch bei der Sektion kann es geschehen, dass eine nicht zu dicke Sonde selbst bei vorsichtiger Einführung die Ureteren durchdringt. Denselben Zweck wollte Tauffer nur mit der Palpation erreichen, da die Erfahrung ihn gelehrt hat, dass, wenn der Ureter irgendwo ligiert ist, in seinem Lumen noch während der Operation eine Stauung auftritt; wenn man die Abtastung in einer entsprechenden Höhe beginnt, so erkennt man an der einen oder der anderen Seite der Wirbelsäule in der Form eines starken cylindrischen Stranges den gefüllten Ureter. Er räth immer die Möglichkeit einer Unterbindung des Ureters vor Augen zu behalten, besonders wenn man Ligaturen und Unterbindungen in die Tiefe des Beckens ausgeführt hat. Diesen Umstand, sagte er, verdanke ich es, dass ich wiederholt noch rechtzeitig, wenn auch mit Schwierigkeit, die Unterbindungsstelle wieder löste.

Als eine weitere Harnleiterverletzung wollen wir noch an seine Entblössung erinnern, wie sie manchmal bei subperitonealen Geschwulstexstirpationen sich ereignet. Von solchen Fällen hat schon Chrobak und nach ihm eingehend Tauffer gesprochen. Als Grund, warum eine Necrose der entblössten Strecke nicht eintritt, hat er die eigenthümliche Ernährung des Harnleiters durch eine feine Art. ureterica angegeben, welche sich fest an dessen Wandung anschmiegt. Wohl spielt hier auch die von Waldeyer beschriebene Ureterenscheide eine schützende Rolle. Einen interessanten Fall hat Durante[37]) berichtet, welcher, um eine anfängliche intraligamentäre Cyste abzutragen, den linken Harnleiter freimachen und von dem Nierenbecken bis an die Blasenmündung entblössen musste. Es hatte dies keine üblen Folgen. Gemäss den genaueren experimentell-anatomischen Studien von Margarucci[38]) hat der Harnleiter

einen eigenen, von dem ihn umgebenden Geweben unabhängigen Blutkreislauf und, wenn er entblösst ist, zwei feine von den Art. renales abgehende Nährarterien, welche bis an seine Blasenmündung reichend ihm dicht anliegen. Nach Monari's Injektionen an der Leiche ist manchmal diese Blutversorgung aus der Art. renalis weniger entwickelt, dann sind die Zweige, welche von der Art. spermatica kommen, grösser und wichtiger für die Ernährung des Ureter, während die aus der Art. vesicalis stammenden Aestchen fast keine Bedeutung haben. Er hat noch experimentell an Hunden nachgewiesen, dass man nicht nur den peritonealen, sondern auch den bindegewebigen Ueberzug des Ureters auf 12—13 cm Länge ohne Gefahr auslösen kann, falls die abgelösten Teile wieder darüber gelegt werden.

Von Harnleiterverletzung bei sacralen Uterusexstirpationen hat von Hochenegg[39]) 1 Fall, Westermark[40]) 3 Fälle auf 13 Operationen veröffentlicht: im ersten musste dieser nach zwei Monaten die zugehörige Niere ausrotten, im zweiten konnte er den nicht ganz durchtrennten Harnleiter nähen, im dritten gelang ihm die Implantation in die Blase: alle drei Fälle genasen. Einen fünften Fall erlebte von Rosthorn[41]) welcher erst eine Scheiden-Ureterfistel anlegte und später, um die Kontinenz herzustellen, nach Bildung einer kleinen Blasenscheidenfistel durch Colpokleisis die Scheide schloss.

(Schluss folgt.)

II. Der heutige Stand der Lehre von der Extrauterinschwangerschaft in Frankreich

Bericht

von

Dr. E. M. SIMONS
Berlin.

Uebersicht:

1. A. Pinard: Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme: Extraction d'un enfant vivant; suites heureuses, pour la mère et l'enfant. Annales de gynécologie et d'obstétrique, août 1895.
2. Demoulin: Sur un cas de grossesse tubaire terminée rar rupture et guérie par l'intervention. Annales de gynécologie 1895, Dec.
3. Condamin (Lyon): Quelques reflexions sur le traitement par la voie vaginale et l'ablation de la trompe malade dans les grossesses extra-utérines avec rupture du kyste foetal.
4. Bertrand: Thèse de Nancy. Pendant l'année scolaire 1894—1895.
5. Societé de chirurgie de Paris; Verhandlungen vom 15., 22. und 29. Januar und 5. Febr.

In Frankreich besteht nach wie vor der Brauch, alle einzelnen Fälle von Extrauterinschwangerschaft, Haematocele etc.,

sofern sie nur einiges Interesse für den Fachmann bieten, zu veröffentlichen. In Folge dieser Gepflogenheit, die namentlich zur Klärung der Aetiologie-Frage bei der Haematocele retro-uterina fördernd wirken muss, bringt die neueste Litteratur eine ganze Anzahl rein casuistischer Beiträge, auf welche wir nicht näher eingehen.

Von grösseren Abhandlungen auf diesem Gebiete ist zunächst diejenige von Pinard[1]) zu berücksichtigen. Er berichtet von einem Fall, in dem ein Arzt zunächst Schwangerschaft mit drohendem Abort, ein zweiter Arzt Fibroma uteri ohne Gravidität diagnosticiert und — übrigens ohne Schaden — 15 g Sabina gegeben hatte. In einer Gebäranstalt wurde dann die Diagnose Schwangerschaft und Tumor gestellt. An vierter Stelle — wo sich Patientin wegen einer beträchtlichen Anschwellung des linken Beines vorstellte, wurde dann erst die richtige Diagnose vermutet und die Kranke der Pinard'schen Anstalt überwiesen.

Balottement des Kopfes mit dem Zeigefinger fühlbar. Der cystenartige Fruchtsack bis 35 cm oberhalb der Symphyse. — Laparotomie. Sehr dünne Sackwand. — Ueber kleinfingerdicke Gefässe. Eines reisst bei dem Versuche, es zu ligieren und die Blutung wird noch stärker. Eröffnung des Sackes. Entwickelung des lebenden Kindes. Einnähen des Sackes in die Bauchwand. Placenta bleibt zurück. Tamponade des Sackes mit Jodoform-Salolgaze. Erst am 11. Tage post oper. Verbandwechsel. Durchspülung der Höhle mit einer Lösung von Bijodure — eine Jod-Quecksilberverbindung — $^1/_{4000}$. Neue Tamponade; von jetzt ab in dreitägigen Pausen Verbandwechsel, 23 Tage p. op. stösst sich spontan ein 150 g schweres Placentarstück ab; 5 Tage später ein solches von 50 g; 3 Tage später ein solches von 35 g. 3 Tage später wird mit der Irrigationsflüssigkeit der Rest, 175 g herausgespült; darauf täglich Irrigation. 43 Tage p. op. steht Pat. auf. Bei der Veröffentlichung ist die Höhle verschwunden; die Cystenwand resorbiert. Innerer Genitalbefund normal.

Gewichte und Masse des Kindes entsprechen denjenigen einer Frühgeburt. Asymmetrie des Gesichtsschädels schwindet spontan. Entwicklung des Kindes (Angabe der Gewichtszahlen) normal.

Pinard hebt die Seltenheit der Extrauterinschwangerschaft bei einer Erstgebärenden, die niemals unterleibskrank gewesen sei, ferner das klinische Fehlen einer uterinen Decidua hervor. In differenzial-diagnostischer Hinsicht betont P. die Immobilität des dünnwandigen Fruchtsackes im Gegensatze zu Hydramnios und Ovarialkyste. Als wichtiges diagnostisches Merkmal bezeichnet er das abwechselnde An- und Abschwellen des Uterus, ein Phaenomen, welches ihm allerdings bei seinen 80 Beobachtungen über Extrauteringravidität nicht so häufig begegnet sei. Gegenüber der Beobachtung vieler Autoren, dass als wichtiges Anzeichen für Extrauterin-Gravidität die Oberflächlichkeit und leichte Palpierbarkeit der kindlichen Teile zu Recht bestehe, behauptet P., in den allermeisten Fällen seien die Kindsteile weit schwerer zu fühlen als bei normaler Schwangerschaft, es müsste denn der Foetus frei in der Bauchhöhle liegen.

Hinsichtlich der Indikationsstellung will P. die bekannte Werth'sche Auffassung, dass gegen jede Extrauterinschwangerschaft wie gegen eine bösartige Neubildung unverzüglich müsse eingegriffen werden, einge-

[1]) Annales de gynécologie et d'obstétrique, August 95.

schränkt wissen für jene Fälle, in denen die Schwangerschaft bei Vorstellung der Kranken bereits die Mitte der normalen Dauer überschritten hat. In der Einengung der Indication geht P. dann noch weiter. Wenn nämlich der Foetus älter als 5 Monate und seit wenigen Tagen abgestorben ist, will er 2 Monate mit der Operation warten, also bis die aktive Bluttätigkeit in der Placenta sicher erloschen ist, weil bei sofortiger Operation die Mutter derselben grösseren, von Seiten der starken Blutung drohenden Gefahr ausgesetzt sei, als wenn das Kind noch lebte. Sofortige Operation sei geboten, wenn dem Fruchtsacke die Gefahr der Ruptur oder der Verjauchung drohe. Bei sechsmonatlichem, lebendem Foetus empfiehlt P. Abwarten, weil hierdurch die Gefahr für die Mutter keineswegs erhöht werde. Da die Placenta zu dieser Zeit auch bereits völlig entwickelt ist, sei die Gefahr der Blutung bei der Operation nicht geringer als am Ende der Schwangerschaft. Der Zeitpunkt des Operation dürfe dann nicht zu früh, um nicht ein nicht lebensfähiger Kind und nicht zu spät gewählt werden, um nicht ein totes Kind zu entwickeln. Der 8. Monat solle vollendet sein; der obere Pol des Sackes befinde sich dann 35 cm oberhalb der Symphyse.

Während der ganzen Zeit müsse absoluteste Bettruhe ohne jeden kleinsten Insult eingehalten werden, weil die auf der dünnen Wand zu enormer Dicke entwickelten Gefässe leicht einrissen; so zwar, dass man wegen der ausserordentlichen Feinheit der Gefässwand bei der Operation selbst kaum im Stande sei, jene mit Instrumenten zu fassen.

Was die Technik selbst betrifft, so rät P., die Placenta nicht zu berühren. Nach seiner Erfahrung bei 17 Fällen hält er das Annähen des eröffneten Fruchtsackes an die Bauchwand im Interesse der Mutter für besser, als die völlige Abtragung desselben, und zwar fürchtet er weniger die Gefahr der Septicaemie bei Retention der Placenta, als diejenige der Verblutung bei sofortiger Extraction derselben mit nachfolgender völliger Abtragung des Sackes, der übrigens stets ausgedehnt und fest verwachsen sei. Die spontane Ausstossung der Placenta unter dem Einflusse der Ausspülungen vollziehe sich ebenso leicht, bei lebender wie bei toter Frucht. P. hat übrigens bei den reichlichen Ausspülungen mit Bijodure niemals eine Quecksilberintoxikation gesehen.

Die durch Compression des Fruchtsackes etc. verursachten Verbildungen des Kindes schädigen zumeist nicht dessen Lebensfähigkeit. Die nach der Extraktion des Kindes zur Beobachtung kommenden Erscheinungen des leichten Shock seien ganz analog denen bei dem Kaiserschnitt.

In einem gewissen Gegensatz zu Pinard stellt sich (2) Demoulin (Chirurgien des hôpitaux de Paris). Im Anschlusse an einen des näheren beschriebenen Fall (Annales 1895) entwickelt er seine Ansicht dahin, dass er sich zu derjenigen Gruppe von Gynäkologen hält, die für die Operation in den ersten Stunden nach der Ruptur des Sackes plädiert, solange sichere Anzeichen dafür fehlen, ob die Blutung zum Stillstand kommen werde oder nicht. Und solche Anzeichen vermöge bisher noch kein Forscher anzugeben. Zur Beleuchtung dieser Frage erwähnt D. aus der Litteratur Lawson Tait, der vor der antiseptischen Zeit 38 Fälle, sämtlich von ihm beobachtet, unoperiert tötlich enden sah, während er seit 1878 unter 42 operierten Frauen nur 2 Todesfälle zu

beklagen hatte. Cestan sammelte in seiner Thèse (Paris 1894) 76 Fälle von schwerer intraperitonealer Blutung infolge einer geplatzten Tuben-Schwangerschaft, die nicht operiert wurden, mit 66 Todesfällen = 85 pCt., wo gegen er in einer Anzahl von 175 analogen und durch Laparotomie operierten Fällen 78 pCt. Heilung fand. Unter diesen Fällen findet sich jedoch eine ganze Anzahl, bei denen gerade gemäss der oben erörterten Forderung Pinard's nicht sofort, sondern nach Verlauf von mehreren — bis 5 Tagen, also bei bereits gehobenen Körperkräften, die Operation ausgeführt worden war. Cestan fügt deshalb eine Gruppe von 26, sofort (d. h. in den ersten Stunden) operierten Fällen bei mit 21 Heilungen und 6 Todesfällen. Dieser Procentsatz bessert sich noch in einer Gruppe, von nicht sofort, sondern innerhalb der nächsten Tage Operierten: 61 Fälle mit 51 Heilungen und 10 Todesfällen. Diese Zahlen sprächen also dann wieder für diejenigen Autoren, die den unmittelbaren Eingriff nicht geübt wissen wollen (Pinard). Wir sehen, diese statistischen Erörterungen vermögen keinen sicheren Entscheid in dieser speciellen Frage herbeizuführen, was in einem gewissen Sinne aber gerade als Vorteil zu begrüssen sein dürfte, insofern, als hierdurch der Gefahr des Schematisierens vorgebeugt wird, vielmehr die Notwendigkeit wieder einmal scharf hervortritt, in jedem Falle quoad therapiam zu individualisieren, solange nicht untrügliche physikalische Symptome unserer Indikationsstellung die Wege weisen.

Condamin (3) schliesst aus seiner Abhandlung a priori alle die Fälle aus, in denen bei nicht rupturiertem Sacke die Laparotomie, oder die vaginale Operation in Betracht kommt, je nach Grösse und Lage des Fruchtsackes. Er ist der Interpret seines langjährigen Lehrers Laroyenne. Nachdem er die verschiedenen Formen von Tubenschwangerschaft mit ihren jeweiligen Folgen, Haematosalpinx, Haematocele und dann die bekannten klinischen Erscheinungen kurz erörtert hat, hebt C. besonders hervor, dass Tubenaborte mit nachfolgender kleiner Haematocele oft spontan heilen, oder aber, falls diese, auf irgend einem Wege inficiert, vereitere, von der Scheide aus unschwer eröffnet werden könne. Dann wendet er sich gegen die absolute Indikation der Laparotomie bei plötzlicher Ruptur der Tube mit schwerer Blutung bei Patientinnen, die durch den Blutverlust fast moribund und sicherlich zu schwach seien, eine so schwere Operation zu überstehen. Er verteidigt warm eine abwartende Haltung mit den bekannten Hilfsmitteln, Tieflage des Kopfes, Eis etc., verneint und widerspricht der allgemein verbreiteten Ansicht, dass diese Blutungen aus dem zerrissenen Fruchtsacke so wenig Neigung zeigten, zum Stillstand zu kommen. Meist sei im Gegenteil das letztere im Momente der Operation bereits geschehen, und gerade der Operateur beseitige dann nicht selten die Hilfsmittel der Natur (das grosse Blutgerinnsel, die Kompression durch die Intestina etc). Bei Wegräumung der grossen Gerinnsel blute fast immer eine Stelle, die aufzusuchen Mühe und vor allem kostbare Zeit erfordere. Aber selbst angenommen, der Operateur sei so geschickt und so glücklich, eine sofortige Blutstillung zu erzielen, so dauere doch die Operation an einer so gut wie pulslosen Patientin noch geraume Zeit behufs Entfernung aller, oft an den Intestinis festhaftender Coagula, behufs Bauchtoilette etc. Zudem sei meist noch eine Tamponade nach Mikulicz mit allen ihren eventuellen Ge-

fahren erforderlich. Aus diesen Gründen mache Laroyenne nicht die Laparotomie aus vitaler Indikation, er gebe vielmehr der Patientin Gelegenheit, sich von ihrer schweren Blutung eine geraume Zeit zu erholen, um dann nach seiner Methode der operativen Behandlung der Beckenabscesse einzugreifen, nämlich vermittels Punktion von der Scheide aus mit „Débridement vaginal avec le métrotome" und Drainage nach der Vagina. Es trete dann sehr schnell eine Verödung der selbst weit eröffneten Höhle ein. C. will die Methode von Laroyenne vervollständigen durch die Entfernung der Adnexe, welche die ektopische Schwangerschaft beherbergt hatten und zwar 1. wegen der Gefahr einer erneuten Extrauteringravidität, 2. wegen der Gefahr der Retention von Resten in der betreffenden Tuba, 3. zur späteren Vermeidung von Schmerzen und Beschwerden, bedingt durch ein um jene Organe sich bildendes Exsudat. Nach ausführlichem Berichte über 3 Beobachtungen resumiert C.: 1. Extrauteringravidität ist die Ursache fast aller Haematocelen. 2. Die Ruptur eines fötalen Tubensackes braucht nicht immer charakterisiert zu sein durch collapsartige Erscheinungen und heftige Blutungen, ja sie können unter Umständen ohne klinische Erscheinungen überhaupt auftreten. 3. Blutungen bei Ruptur von Tuben in den ersten Monaten der Schwangerschaft stehen von selbst. 4. Operative Eingriffe sind contraindiciert während des collabierten Zustandes, ausgenommen die seltenen Fälle von Tubengravidität, die länger als 4 Monate besteht. 5. Man muss mit operativen Eingriffen warten, bis die Blutmenge sich abgesackt und der Allgemeinzustand der Kranken sich gehoben hat. 6. Operation der Wahl ist die vaginale Operation mit oder ohne Abtragung der kranken Adnexe. 7. Laparotomie muss in den allermeisten Fällen verworfen werden als der schwerere und weniger wirksame Eingriff, der zudem noch eine lange und gefahrvolle Nachbehandlung erheischt.

Der unter den Beobachtungen erzählte Fall III ist insofern auffallend, als nach Eröffnung des „Douglas" nicht die kranke Tube, sondern ein sklerotisch verändertes Ovarium entfernt wurde.

Diese Arbeit dürfte bei den meisten deutschen Fachgenossen nach mancher Seite hin kaum Zustimmung erfahren. Eine scharfe aber gerechte Kritik übt an ihr in demselben Bande der „Annales de Gynécologie" von Strauch (Moskau), indem er auf Grund reicher eigener Erfahrungen namentlich Punkt 3 der obigen Condamin'schen Schlussfolgerungen zurückweist; Punkt 6 in der durchaus richtigen Weise modifiziert, dass er die Entfernung der kranken Adnexe fordert, endlich Punkt 7 als völlig unhaltbar bezeichnet.

Zwei Fälle von ante-uteriner Haematocele beschreibt Bertrand (4) in seiner Thèse (de Paris). Notwendig zur Bildung solcher Haematocelen ist die Obliteration der „Douglas"schen Tasche, sei es durch Adhaerenzen (Filamente), sei es durch eine Retroversio uteri. B. erwähnt aber noch mehrere andere Ursachen für diese seltene Anomalie, so die Anteflexio uteri im Momente des Risses, Prolaps und Vorwärtsverlagerung der Tuben. Aetiologisch komme auch Haematosalpinx ohne eigentliche Extrauterinschwangerschaft in Betracht, also in erster Linie Krankheiten, wie Salpingitis, Peri-salpingitis und Oophoritis.

Es erübrigt noch einen kurzen Bericht von den Verhandlungen über unser Thema zu geben, die während mehrerer Sitzungen im Schoosse der Gesellschaft für Chirurgie in Paris in den ersten Monaten dieses Jahres stattgefunden haben. Ist auch im Vornherein zu konstatieren, dass die wichtigsten Gesichtspunkte unserer Frage zumal nach der praktischen Seite hin, durch die Diskussion auffallender Weise keine Förderung erfahren haben, so bleibt es immerhin bedeutungsvoll, einige der berufensten Pariser Stimmen in Bezug auf unser Thema zu vernehmen, umsomehr, als fast ausschliesslich nur die Behandlung der Extrauterinschwangerschaft zur Erörterung gelangte. Routier berichtet über vier durch Laparotomie und 24 durch vaginale Operation behandelte Fälle, unter diesen auch einen Fall von Haematocele ante-uterina, die vom vorderen „Douglas" aus angegriffen wurde. Als seine Schlussfolgerung lässt sich kurz zusammenfassen: Kommt eine Haematocele retrouterina nach 5—6 Wochen nicht zur Heilung, so ist die vaginale Incision, Entleerung des „Sackes" und Drainage angezeigt. Repräsentiert die Extrauteringravidität einen abdominalen Tumor, so ist Laparotomie am Platze. Aehnlich resumiert Schwarz: Je nachdem der „Tumor" mehr als abdominell oder mehr im kleinen Becken liegt — — Laparotomie beziehentlich vaginale Operation. Seine eigene Modifikation lautet: Wächst die Haematocele nicht mehr. so ist als die Operation der Wahl diejenige von der Vagina aus zu bezeichnen. Nimmt die Geschwulst aber an Umfang weiter zu durch Blutungen etc., so solle die Laparotomie gemacht werden, auch wenn die Geschwulst in die Vagina hineingedrängt werde.

Segond bemerkt zunächst, dass Gallard die Priorität gebühre für die Entdeckung der Beziehungen zwischen Haematocele und Extrauteringravidität. Er bekämpft als — wenigstens für die Praxis — nutzlos die aetiologische Unterscheidung zwischen Haematocele ohne und mit Extrauteringravidität. S. polemisiert mit Recht gegen Picqué, der bei interstitieller Tubengraviditität die vaginale Hysterectomie empfiehlt. Die Diagnose interstitieller Tubarschwangerschaft sei unmöglich zu stellen, es müsste denn Picqué zunächst die Laparotomie ad diagnosin und dann die vaginale Hysterectomie machen. In seinen das Thema selbst betreffenden Darlegungen unterscheidet S. zunächst die Extrauteringravidität vor und nach dem 5 Monate ihres Bestehens. Die erstere sei nach stattgehabter Ruptur sehr schwer zu diagnosticiren. Als sicheres Zeichen sei allerdings hervorzuheben: die Einseitigkeit des Tumors bei jungen Frauen.

Falls bei der ersten Gruppe, also vor dem 5. Monat, Ruptur und schwere Blutung eintreten, so macht er die Laparotomie; senkt sich das Blut in den „Douglas" (Haematocele retrout.), dann breite vaginale Incision. Ist eine Placenta da, so lässt er sie spontan sich abstossen. Vereitert die Haematocele schreitet er zur Hysterectomia vaginalis, analog der bei allen Abscessen im kleinen Becken gültigen Indication. Bei der zweiten Gruppe empfiehlt S. lediglich die Laparotomie und zwar möglichst am Ende der Schwangenschaft. In Analogie der oben referierten Anschauungen Pinard's empfiehlt er die Placenta nicht zu entfernen und den offenen Fruchtsack an die Bauchwunde anzuheften. Bei kürzlich abgestorbenem Foetus solle man einige Tage bis zur Verödung der Placenta warten. Bei längst abgestorbenem Foetus — sofort die Laparotomie machen. Bei

Ruptur des Fruchtsackes — Laparotomie, Entfernung des Foetus mitsamt der Placenta.

Regnier will der Laparotomie die erste Stelle eingeräumt wissen vor allem weil fast niemals vor der Operation der genaue Sitz des Eies resp. des Blutergusses festgestellt werden kann, ob in der Tube selbst, ob in deren Umgebung u. s. w., bei Haematocele, ob sie durch Riss einer haemorrhagischen Salpingitis oder einer schwangeren Tube entstanden sei, — — dann aber auch weil er unglückliche Zufälle mit der vaginalen Incision gesehen hat wie starke Blutungen sowie Fortbestehen des Tumors u. s. w. Er hält es ferner für falsch, bei Laesion der einen Adnexe auch die anderen zu entfernen, wie dies bei vaginalem Vorgehen oft nötig werde; man sei aber andererseits überhaupt nicht sicher, von unten operierend, die Adnexe zu erreichen. Er erzählt 3 Fälle. 1. Incisio vaginalis. Die Blutmengen entleeren sich nur schlecht und 2 Monate später musste er die vaginale Hysterectomie machen. 2. Sehr grosse Haematocele; zu der beabsichtigten Laparotomie willigt Patientin nicht ein. Vaginale Incision, Entleerung des Sackes, aber Zurücklassen der sehr erkrankten anderseitigen Adnexe, die er „im Dunkeln" nicht anzugreifen wagt. 3. Laparotomie bei Extrauteringravidität. Vollendung der Operation durch Abtragen der kranken Tube. Diese Operation gewährleiste allein ein radikales, chirurgisch sicheres Vorgehen. Die Hysterectomia vaginalis (wie sie bei vereiterter Haematocele empfohlen wird) lehnt R. als einen für eine einseitige Adnexerkrankung zu schweren Eingriff ab. Diese seine Anschauungen legte R. auch in einer Abhandlung im Dezemberheft 1895 der „Annales" nieder. „De l'intervention dans l'hématocèle péri-utérine."

Ein fast ebenso begeisterter Anhänger der Laparotomie, als der Operation der Wahl, scheint Chaput zu sein. Die vaginale Incision befürwortet er ausschliesslich bei vereiterter Haematocele und geht sogar soweit, dass er, wenn er nach irgend einer vaginalen Operation, sogar nach der Hysterectomie, eine vorher nicht diagnosticierte Haematocele antrifft, die Laparotomie anschliesst. Ist die Diagnose Extrauteringravidität mit lebendem Foetus gestellt, so solle der Versuch gemacht werden, dieselbe bei absoluter Ruhelage der Patientin zum normalen Ende resp. bis zum 8. Monat zu führen. Bei totem Foetus solle man nicht die Atrophie der Placenta abwarten, sondern die Laparotomie bald, und zwar möglichst immer in der idealen Weise mit vollständiger Entfernung des Sackes ausführen. Nur falls letzteres unmöglich erscheine, solle man die Vernähung des eröffneten Fruchtsackes mit der Bauchwunde oder aber Drainage des letzteren nach der von innen nach aussen eröffneten Vagina (von A. Martin angegeben) vornehmen. Die Placenta könne man fast stets vollständig entfernen; trete eine starke Blutung ein, so werde eine feste Tamponade gemacht.

Mit diesen seinen Ansichten dürfte Chaput wohl am meisten von allen französischen Fachgenossen sich dem an den massgebenden Stellen in Deutschland zumeist vertretenen Standpunkte nähern.

Bouilly spricht lediglich von den am häufigsten vorkommenden Extrauteringraviditäten von etwa 3 Monaten. Formell halte er die Laparotomie indiciert in allen Fällen, wo nach der Ruptur des Sackes eine freie Blutung in der Bauchhöhle entstände. In diesem Stadium kämen

die Fälle aber nur selten zur Beobachtung und zwar deshalb, weil die Kranken entweder gar keinen Arzt aufsuchen, oder in eine medizinische Krankenabtheilung gelangen,wo sie dann mit unerkannter ursprünglicher Erkrankung ad exitum kämen. B. verteidigt eifrig das Vorgehen auf dem vaginalen Wege bei mehr oder weniger abgekapselten peritonealen Ansammlungen. Die Furcht vor dem Zurücklassen der kranken Tuba sowie vor erneuten Blutungen, sowie vor Vereiterung des Fruchtsackes sei hinfällig und in praktischer Hinsicht unrichtig. Die Laparotomie sei nur für die noch wachsende Extrauteringravidität die Operation der Wahl.

Tuffier beobachtete bei 35 Fällen von Extrauteringravidität nur eine einzige über 5 Monate bestehende, und zwar handelte es sich in diesem Falle um ein Lithopaedion. Aus seinen Erörterungen ist noch seine Indikationsstellung und Methode hervorzuheben. Er macht die Incisio vaginal. poster. bei den einfachen, abgekapselten Haematocelen und zwar könne diese Operation schon im Beginne der krankhaften Erscheinungen oder aber später, wenn der Tumor die Neigung zur Abkapselung zeigt, ausgeführt werden. Gegenüber den vereiterten Haematocelen sei ebenfalls die Colpotomia posterior die günstigste und erfolgreichste Operation.

Picqué's allgemeine Bemerkungen über die Indikationen bringen nichts Neues. Er berichtet über 3 von Potherat operierte Fälle. Der erste war als Schwangerschaft im rechten Horne eines Uterus bicornis diagnosticiert. Die vaginale Hysterectomie förderte einen an sich normalen Uterus heraus, neben welchem rechts sich eine tubo-interstitielle Schwangerschaft befunden hatte.

Lucas-Championnière hält den vaginalen Weg für falsch, weil bei der Unmöglichkeit der Diagnose: „Extrauteringravidität" nur eine breite Laparotomie die notwendige Ein- und Uebersicht gestatte. Rücksichtnahme auf das Leben des Foetus sei falsch, weil durch sie die Gefahren für die Mutter wachsen könnten.

Ricard begnügt sich mit der vaginalen Incision nur dann, wenn der „Tumor" gut begrenzt und alten Datums ist. Er sah noch Spontanheilung eines Falles, bei dem nach plötzlichem Risse des Sackes und nachfolgender Peritonitis abgewartet wurde, dass das Blut sich abkapsele; andererseits sah er aber auch eine exspectativ behandelte Frau der Haemorrhagie erliegen. Der erste Fall dürfte als ungewöhnlich, der letztere als der Regel entsprechend anzusehen sein, nachdem neuere Arbeiten, wie oben erwähnt, eine Mortalität von 85% unter den lediglich medikamentös behandelten Fällen von geplatzter Extrauterinschwangerschaft ergeben haben.

Streng chirurgisch urtheilt endlich Terrier. Er hat niemals das Zaudern bei Ruptur des Fruchtsackes mit Blutung in die Bauchhöhle begreifen können. Die blutende Arterie müsse ligiert, — ergo die Laparotomie gemacht werden. Auch bei Haematocele giebt T. fast stets der Laparotomie den Vorzug; denn jede Frau mit Extrauteringravidität habe kranke Genitalien. Die chirurgische Anzeige laute dann: Entfernung des kranken Teiles — ergo Laparotomia.

III. Zur Behandlung mit tierischen Eierstockspräparaten und Organtherapie.

Zusammengestellt

von

STACHOW

in Berlin.

Dr. F. Mainzer, Vorschlag zur Behandlung der Ausfallserscheinungen nach Castration. Deutsche medicinische Wochenschrift 1896, No. 12.

R. Chrobak, Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe. Centralblatt für Gynäkologie 1895, No. 20.

Dr. Richard Mond, Kurze Mitteilung über die Behandlung der Beschwerden bei natürlicher oder durch Operation veranlasster Amenorrhoe mit Eierstockconserven. (Ovariin Merck.) Separatabdruck aus der Münchener medicin. Wochenschr. 1896, No. 14.

E. Knauer, Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. Centralblatt für Gynäkologie 1896, No. 20.

Dr. Isidor Fischer, Ueber die Beziehungen zwischen der Schilddrüse und den weiblicheu Geschlechtsorganen. Seperatabdruck aus der Wiener medicinischen Wochenschrift 1896. No. 6 — 9.

Angeregt durch die Erfolge der Schilddrüsentherapie behandelte Mainzer auf Veranlassung Landau's eine Patientin mit frischer Ovarialsubstanz von Kühen und Kälbern. Der Pat. waren im August 1894 die beiderseitigen Adnexe entfernt worden. Dieselbe litt seit wenigen Wochen nach der Operation an Ausfallserscheinungen, deren letztes Symptom mit Hitzegefühl und starkem Schweiss einhergehende Wallungen waren. Zudem klagte sie über Kopfschmerz, schlechten Appetit und zu der Zeit, in der früher die Periode eintrat, über mehrtägigen heftigen Druck im Hinterkopf. Die bisher angewandte Therapie war erfolglos. Es wurden 2 mal täglich Dosen von 5—20 gr Ovarialsubstanz verabfolgt. Es trat danach eine erhebliche Besserung des Befindens ein, insbesondere liessen die Wallungen nach und wurden weniger häufig, während sie 2 mal, als die Pat. ohne ihr Wissen geschabtes Fleisch erhielt, wieder heftiger wurden.

Dieselbe Anregung veranlasste auch Chrobak, Versuche mit der Organsafttherapie zu machen, um seinen Patientinnen im natürlichen oder operativ herbeigeführten Climax die sehr schweren Ausfallserscheinungen, welche er beobachtet hat, erträglicher zu gestalten. Er tritt der Frage auf zwei Wegen näher. 1. Durch Transplantierung von Eierstocksgewebe. Er hat deswegen Knauer zu der Arbeit angeregt, über die unten referiert werden wird. 2. Durch die Darreichung von Eierstocksgewebe per os. In einem Falle (Climax nach Castration und Myomotomie) verabreichte er frisches Ovarium vom Kalbe. Er sah keinen Erfolg. 7 weitere Fälle (1 Fall von Beschwerden im natürlichen Climax, 6 Fälle, in denen die Ovarien entfernt waren) behandelte er mit einem Präparat, welches von der K. K. Hofapotheke in der Form von Pastillen dargestellt war, von denen jede 0,2 gr trockene Ovarialsubstanz der Kuh enthielt. Bei dem Fall von natürlichem Climax und bei dreien der Operierten, besserten sich die Beschwerden erheblich, über die drei anderen liegen keine Berichte vor, da sie noch zu kurze Zeit in Behandlung waren. Nachteile wurden nach Verabreichung des Mittels nicht beobachtet und wurde dasselbe gut vertragen. Nur von einer Frau, welche aber nicht in seiner Behandlung war, hat Chrobak gehört, dass nach Genuss des Mittels Uebelkeit und Erbrechen eingetreten sei.

Eine kurze Mitteilung über denselben Gegenstand liegt aus der Kieler Universitätsfrauenklinik vor, erstattet von Mond. Es kam dort ein Präparat zur Anwendung, welches von der E. Merck'schen Fabrik hergestellt war. Es sind das Tabletten, welche 0,25 gr Ovarialsubstanz bezw. eines Präcipitats des Follikelinhalts von Kuhovarien enthalten. Ein von derselben Fabrik hergestelltes Präparat von Eierstocksrindensubstanz kam nicht zur Anwendung. Die Beobachtungen erstrecken

sich über einen Zeitraum von 1—2 Monaten und wurden an 11 Patientinnen gemacht, welchen die inneren Genitalien ganz oder teilweise exstirpiert waren, welche an Beschwerden im natürlichen Klimax, an Amenorrhoe auf Grundlage von Atrophie der Genitalien litten, sowie über einen Fall von rudimentärem Uterus mit Hyperplasie der Ovarien.

Es wurden fünf Fälle mit dem aus der Gesamtovarialsubstanz hergestellten Präparat behandelt, von denen die Pat. bis zu 3 Stück täglich erhielten. Die Erfolge waren im Allgemeinen recht ermutigende. In den meisten Fällen trat ein erhebliches Nachlassen der Beschwerden ein. Ausser Aufstossen und Magendruck sind unliebsame Nebenerscheinungen nicht beobachtet. Der Urin blieb von normaler Beschaffenheit. Dasselbe gilt von 5 Fällen in denen das Präparat aus dem Follikelinhalt angewendet wurde, gleichfalls bis zu 10 Tabletten pro die. Auch hier in den meisten Fällen ein erhebliches Nachlassen der Beschwerden. In einem Falle, von dem nicht gesagt wird, welches Präparat angewendet wurde, war eine deutliche Wirkung der Tabletten nicht sichtbar.

Einen experimentellen Beitrag zur Organtherapie bringt eine auf Anregung Chrobak's unternommene Arbeit Knauer's. Er extirpierte an vier Kaninchen die Ovarien und band dieselben teils in das Gekröse der Uterushörner ein, teils implantierte er sie zwischen Fasern und Muskeln in der Bauchwunde. Bei den 3 Hasen, die bisher 3, 4 bezw. 6 Monate post operationem zur Obduktion kamen, waren sowohl von den in die Bauchdecken, wie in die Gekröse implantierten Ovarien Reste noch vorhanden. Auf Grund seiner genauen mikroskopischen Untersuchungen an den gefundenen Resten kommt Knauer zu folgenden Schlüssen: 1. Ovarien sind beim Kaninchen auf andere von ihrem normalen Standort entfernte Zellen überpflanzbar. 2. Sie können sowohl am Peritoneum wie zwischen den Muskeln eingelagert einheilen. 3. Die so eingeheilten Ovarien werden nicht nur ernährt, sondern funktionieren auch.

Fischer weist aus der Litteratur und den Gebräuchen einiger Völker das Bekanntsein eines Zusammenhanges zwischen Schilddrüse und Genitalapparat des Weibes nach. Für einen solchen Zusammenhang spreche auch das häufigere Vorkommen von Schilddrüsenerkrankung bei der Frau. Er wendet sich dann zur Besprechung der Beziehungen der gesunden Schilddrüse zum Genitalapparat und zwar der Beziehung zur Pubertät, 2. Menstruation, 3. Gravidität, 4. Geburt 5. Puerperium, 6. Lactation, 7. sexuelle Erregung, 8. Klimakterium, 9. Genitalerkrankungen. Nachdem Verf. über die Beobachtungen, welche über eine Anteilnahme der Schilddrüse an den physiologischen und pathologischen Zuständen des weiblichen Genitalapparates vorliegen, referiert hat, berichtet er über die Versuche, welche zur Erklärung dieser Beziehungen gemacht sind. Er wendet sich dann zur Besprechung derjenigen Erscheinungen, welche am Genitalapparat bei Schilddrüsenerkrankungen und bei mit solchen in Zusammenhang stehenden Allgemeinerkrankungen beobachtet sind, und zwar 1. bei Kropf, 2. Thyrioidectomie, 3. Hyperthyreosis, 4. Myxoedem, 5. Cretinismus, 6. Morbus Basedowii, 7. Sklerodermie und Akromegalie, 8. Adipositas.

Verfasser zieht am Schluss seiner Arbeit die Folgerungen 1) dass gewisse Vorgänge im Bereich der Genitalorgane (Pubertät, Schwangerschaft, Myome), Vorgänge, welche eine Aenderung im Stoffwechsel des Gesamtorganismus bedeuten, sehr häufig eine Vergrösserung der Schilddrüse hervorrufen, 2) dass der Ausfall der normalen Schilddrüsensecretion (nach Thyreoidectomie, bei Myxoedem, Cretinismus, Morbus Basedowii, Fettleibigkeit) häufig mit atrophischen Vorgängen im Genitalapparat verbunden ist.

IV. Bericht über die für den Gynäkologen bedeutsamen Vorträge vom 25. Chirurgenkongress.

Von

H. LINDNER
Berlin.

Olshausen. „Ueber die Principien der vaginalen Exstirpation des carcinomatösen Uterus." Festvortrag vom 29. Mai 1896. Die Vorgeschichte der Operation knüpft sich an die Namen Sauter, Blundell, Récamier; einen Anstoss zu der weiteren Ausbildung gab die Freund'sche abominelle Uterusexstirpation. Czerny liess dann die vollständig vergessene vaginale Uterusexstirpation wieder aufleben, indem er am 12. August 78 die erste moderne Uterusexstirpation per vaginam ausführte. Ihm folgten Schede, Billroth, Pawlik, Schröder, Martin. Olshausen selbst operierte bis Juli 81 seine ersten 6 Fälle mit glücklichem Erfolg.

Olshausen spricht dann eingehender über die Prinzipien der Operation und zwar:

über die Auswahl der Fälle für die Operation und die Untersuchungs methode,

über die Praeparation der Kranken für die Operation,

über die Technik der Operation selbst und über die Nachbehandlung.

Was die Auswahl der Fälle anbetrifft, so steht O. auf dem Standpunkt, keinen Fall zu operieren, bei dem bereits das Carcinom Parametrium und Drüsen ergriffen hat. Die Vorherbestimmung dieses Zustands setzt eine genaue Diagnose der Ausdehnung des Carcinoms voraus, welche eine sorgfältige Rectalpalpation am besten gewährleistet. Als Schwierigkeiten in der Deutung erwähnt er alte parametritische Prozesse und den durch Carcinom stark aufgeblähten Cervix. Nach diesen Prinzipien sind im letzten Jahr 40 pCt. aller Carcinomkranken operiert worden.

Die Praeparation der Fälle besteht in einer Abkratzung der weichen Carcinommassen und einer Verschorfung der Geschwürsfläche mit dem Paquelin vor der Operation; danach wird die Operation mit ganz anderen Instrumenten ausgeführt. Durch diese Präparation vor der Operation erhält man häufig erst das richtige Urteil über die Ausbreitung des Carcinoms, so dass man nicht selten gezwungen wird, die beabsichtigte Totalexstirpation zu unterlassen, was unter den letzten 173 Fällen 13mal geschehen musste.

Von der Technik, welche im Ganzen den allgemein üblichen Grundsätzen entspricht, ist hervorzuheben, dass O. die Ligaturen principiell vom Douglasschen Raum aus legt, dass er die günstigere Seite zuerst abbindet, um für die weniger günstige nach Hervorheben des Uterus mehr Platz zu gewinnen, dass er prinzipiell Ligaturen, niemals Klemmen anlegt und dass er den Douglas'schen Raum vollständig abschliesst.

Die sakralen Methoden hält O. nur berechtigt für Fälle mit erkranktem Parametrium.

Die primären Resultate der vaginalen Uterusexstirpation sind ausgezeichnete. Seit Oktober 1894 bis jetzt sind 100 Fälle mit nur einem Exitus letalis einer Frau operiert, welche an schon vor der Operation bestehender Pyaemie erkrankt war.

Ueber die Dauerresultate spricht O. sich nur im allgemeinen dahin aus, dass die Recidive in den letzteren Jahren viel seltener geworden zu sein scheinen. Zum Schluss betonte er, dass die deutsche Gesellschaft für Chirurgie an der Ausbildung dieser Operation grossen Anteil genommen hat. (W.)

Schuchardt (Stettin): Ueber die paravaginale Methode der Uterusexstirpation.

S. bekennt sich zu dem Standpunkte, dass auch bei denjenigen Krebsen der Gebärmutter noch eine radikale Behandlung versucht werden muss, bei denen das Leiden schon die Grenzen des Organs überschritten hat und auf Scheide und Parametrien übergegangen ist. Selbst in scheinbar ganz verzweifelten Fällen

kann man noch eine radikale Heilung erzielen. Eine von S.'s Kranken, im höchsten Grade kachektisch mit völlig zerfallenem, auf die Scheide übergreifendem Plattenepithelkrebs der Portio, krebsiger Infiltration des halben Uteruskörpers, krebsiger Einlagerung in beiden Parametrien, krebsiger Umwachsung beider Ureteren, ist seit fast $2^1/_2$ Jahren nach der Operation recidivfrei. Aber auch, wenn ein Recidiv in solchen Fällen eintritt, sind die Kranken nach S.'s Beobachtungen für sich und ihre Umgebung meist weit besser daran, als wenn man das Leiden sich selbst überlässt, weil der Tod im ersteren Falle gewöhnlich durch einen schmerzlosen allmählichem Kräftezerfall, ohne Blutung oder Jauchung, eintritt.

Bisher setzte uns nur die sakrale Methode in den Stand, solche schwere Fälle von Gebärmutterkrebs noch erfolgreich anzugreifen, indess hat dieselbe den Nachteil, dass die Wundheilung meist mehrere Monate in Anspruch nimmt. Bei der von Schuchardt angegebenen paravaginalen Operationsmethode dagegen erfolgt die Heilung ebenso rasch als bei der gewöhnlichen vaginalen Exstirpation. S. bedient sich deshalb der grösseren Sicherheit wegen in allen Fällen von Gebärmutterkrebs, auch den unkomplicierten, der genannten Methode, die auch für die grosse Mehrzahl der durch Adhäsionen, parametrane Krebseinlagerungen u. s. w. komplicierten Fälle anzuwenden ist, während die sakrale Methode nur noch für einen kleinen Bruchteil ganz besonders schwerer Fälle angezeigt erscheint.

S. hat bisher stets den linksseitigen Schnitt ausgeführt. Man spannt die hintere Kommissur mit dem Zeigefinger und Daumen der linken Hand, während ein Assistent das linke Labium majus anspannt. Dazwischen wird in einem Zuge die Scheide bis an die Portio (die von dem oberen Ende des Schnittes umkreist wird), der Damm bis in die Kreuzbeingegend, und, worauf der grösste Wert zu legen ist, das den Trichter des M. levator ani nach unten erfüllende und sich neben der Scheide in das parametrane Bindegewebe fortsetzende Gewebe durchtrennt. Hierdurch wird der Hohlraum der Scheide und das Scheidengewölbe gänzlich eliminiert und der Uterus gewissermassen ein an der Körperoberfläche gelegenes Organ, das man auf das Bequemste ohne Zuhülfenahme von Specula, Haken u. s. w. handhaben kann. Die weitere Technik der Auslösung unterscheidet sich nicht wesentlich von der sonst gebräuchlichen. Nach vollendeter Operation wird das Bauchfell sowie der ganze Scheidendammschnitt, ohne Drainage zugenäht.

S. hat die Operation bisher in 22 Fällen ausgeführt. Nur in einem dieser Fälle trat der Tod im Anschluss an die Operation ein (Carcinom mit Pyometra).

a) 14 Fälle von Carcinoma uteri in vorgeschrittenen Stadien mit hochgradigen Verkürzungen und mehr oder weniger beträchtlichen Infiltrationen in den breiten Mutterbändern.

3 Mal Pyometra. Der eine von diesen Fällen, bei dem es während der sehr schwierigen Operation zu einer Ueberschwemmung des Operationsfeldes mit jauchiger Flüssigkeit kam, endete tötlich, sonst heilten alle glatt aus.

b) 2 Fälle von beginnendem Carcinoma uteri bei freien Parametrien — geheilt.

c) 1 Fall von Endometritis fungosa mit hochgradigster Anaemie — geheilt.

d) 1 Fall von hochgradigster Anaemie infolge von Blutungen aus einer mangelhaft zurückgebildeten Placentarstelle, 4 Monate nach der Entbindung. Höchst merkwürdiger Fall; vielleicht Beginn einer decidualen Geschwulstbildung. Die Operation war erschwert durch strangförmige Verkürzung der Parametrien. Der Fall endete tötlich durch akute Herzlähmung infolge von Herzverfettung bei bereits verheilter Wunde am 13. Tage nach der Operation.

e) 1 Fall von doppelseitiger Parametritis chronica. Die Kranke war dauernd bettlägerig und aufs Aeusserste abgemagert. Die Operation war hier sehr schwierig, die Parametrien zu zweifingerdicken Schwielen entartet, der Uterus fest eingemauert. Patientin ist völlig gesund und lebensfrisch geworden.

f) 1 Fall von markstückgrosser, hochsitzender, fixierter Blasenscheidenfistel, intra partum entstanden, bis in die Cervix uteri reichend und durch einen fingerdicken Strang an die linke Beckenwand fixiert. Von dem paravaginalen Schnitte aus gelang es, den Narbenstrang zu durchtrennen, die

Fistel zugänglich zu machen, anzufrischen und zu vernähen. Sie heilte nach der einen Operation vollkommen aus.

g) 2 Fälle von primärer Neubildung der Scheide.

In einem Falle handelt es sich um ein wahrscheinlich auf primäre Bildungsanomalien zurückzuführendes Cylinderzellencarcinom der Scheide, bis dicht an die Portio reichend. Im andern Falle um ein traubenförmiges Sarcom der vorderen Scheidenwand bei einem 3jährigen Kinde. Es musste die ganze vordere Scheidenwand bis hoch zur Portio entfernt werden; der Uterus blieb erhalten. Heilung.

In beiden Fällen gelang es, mit der grössten Bequemlichkeit beliebig grosse Stücke der Scheidenwand auf das Sauberste heraus zu präparieren.

(Eigenbericht.)

Credé-Dresden: Silber als Antisepticum in chirurgischer und bakteriologischer Beziehung.

Cr. hat die von Anderen gefundene Thatsache der baktericiden Wirkung der Metalle, mit besonderer Berücksichtigung des Silbers, geprüft. Die intensivste Wirkung hat Thallium, dann Silber, dann Cadmium, dann Cuprum. Das Silber, in Substanz auf Kulturen gebracht, verschwindet nach und nach, es bildet sich milchsaures Silber, das in den Nährboden eindringt und ihn steril macht. Prüfungen des milchsauren Silbers ergaben eine eminent antiseptische Kraft. Cr. machte Versuche mit Aufstreuen desselben, da es aber zu leicht löslich ist (1 : 15), kommen Intoxikationen vor. Citronensaures Silber (löslich 1 : 3800) löst sich in minimalen Mengen und ist daher sehr brauchbar. Silbersalze töten nach Koch und Behring Keime noch in Lösungen von 1 : 80000, sie dringen in die Gewebe ein und üben eine energische Fernwirkung aus. Cr. behandelte 400 stationäre und über 1000 ambulatorische Kranke mit vorzüglichem Erfolge. Es treten keinerlei Reizerscheinungen auf. Die Wundbehandlung ist sehr einfach und absolut sicher, nur durch Auf- und Einstreuen. Für kleine oder ganz genähte Wunden wird Bedecken mit Blattsilber empfohlen, das auf Gaze fixiert ist, für Höhlenwunden mit fein pulverisiertem metallischen Silber imprägnierte Gaze. Die Suturen und Drains werden durch Einlegen in milchsaures Silber mit nachfolgendem Ausfällen imprägniert. Cr. hat bei Erysipel Versuche gemacht mit Infusion von milchsaurem Silber (0,5—1,0 pro dosi) unter die Bauchhaut (in Lösung von 1 : 200) und entschieden günstige Beeinflussung gesehen. Für Einzelheiten verweist er auf eine eben erschienene Brochure.

Lauenstein-Hamburg hebt als besonders wichtig hervor, dass Credé keine Stichkanalleitungen mehr gehabt hat. L. stellte Versuche an über Desinfektion der Haut. In 147 Versuchen wurde die Desinfektion vollzogen: durch einfaches Reinigungsbad 23 mal, durch einmalige oder mehrmalige Desinfektion 124 mal. Zur Anwendung in den letzteren Fällen kamen die Verfahren von Ahlfeld und Fürbringer oder bestimmte Kombinationen (Aether, Ol. terebinth, dauernde Umschläge von Sublimat, Chlorwasser, Creolinvasogene). Unter den 124 Versuchen waren die Decken 49 mal keimfrei, 11 mal nach einmaliger, 38 mal nach mehrmaliger Desinfektion, durch das Reinigungsbad wurde Keimfreiheit fast gar nicht erzielt. Trotz Keimbefund wurde in 15 Fällen reaktionsloser Verlauf, trotz Keimfreiheit öfter Eiterung beobachtet. Die Befunde von Keimfreiheit verhielten sich wie 5 : 3 : 1, je nach der mehrmaligen, der einmaligen oder der Desinfektion durch einfaches Bad. Als Folge dieser Versuche werden auf L.'s Abteilung die Patienten womöglich stets mehrere Tage vorbereitet, tiefgreifende Hautnähte werden vermieden.

Petersen-Heidelberg: Klinische Beobachtungen bei der Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste.

P. referiert über möglichst vielseitig angestellte Versuche mit bakterieller Therapie bösartiger Geschwülste, nämlich 10 Carcinome und 17 Sarcome. Weder bei Anwendung des Colley'schen noch des Emmerich'schen Princips liess sich ein dauernder Erfolg konstatieren, höchstens vorübergehende Verkleinerungen bei einzelnen Sarcomen. Eine Ausnahme macht ein bereits von Czerny veröffentlichtes ulceriertes Sarcom der Parotis, welches zurückging und nach $^1/_2$ Jahre noch kein Recidiv ergeben hatte. Erklärung steht noch aus.

Dührssen-Berlin: Demonstration eines Falles von vaginalem Kaiserschnitt und eines per vaginam exstirpierten rupturierten Uterus.

Mit vaginalem Kaiserschnitt bezeichnet D. eine Operation, die, als ungefährlicher Ersatz des Kaiserschnittes, die Entwickelung eines lebenden Kindes trotz geschlossenem Cervix auf vaginalem Wege ohne Eröffnung des Peritoneums gestattet.

In dem mitsamt dem Kinde vorgestellten Fall operierte D. am Ende der Schwangerschaft folgendermassen: Einstellung der Portio durch grosse Spiegel, sagittale Spaltung des vorderen und hinteren Laquear, Ablösung des Douglasperitoneums, der Blase und der Plica vom Cervix und unterem Uterinsegment, Spaltung dieser beiden Gebilde vorn und hinten, Beherrschung der Blutung durch Umstechungen, Einführung der Hand, Wendung und Extraktion eines $9^1/_2$ Pfund schweren Kindes.

Die Operation ist nicht bei engem Becken indiciert, vielmehr bei nicht dilatablem Cervix in Fällen von lebensgefährlichen Zuständen der Mutter, wo dieselben durch Entleerung des Uterus gemildert oder beseitigt werden können, z. B. bei schwerer Eklampsie resp. Uraemie, bei schwerer intrauteriner Blutung infolge vorzeitiger Lösung der normal sitzenden Placenta, bei schweren Lungen- und Herzkrankheiten; ferner Erkrankungen der Mutter, die das baldige Ende voraussehen lassen, im Interesse des Kindes, endlich bei pathologischen Zuständen des Cervix (Stenose, Rigidität, Myom, Carcinom) und des unteren Uterinsegmentes (pathologische Aussackung).

Bei Neubildung des Cervix lässt sich der vaginale Kaiserschnitt mit der sofort angeschlossenen vaginalen Uterusexstirpation kombinieren. Letzterer lässt sich direkt nach der Geburt mittelst der Doyen'schen Methode in wenigen Minuten ausführen, wie D. es an dem demonstrierten Uterus erprobte.

In dem betr. Fall von Uterusruptur (dem dritten nach zwei von anderer Seite ohne Erfolg operierten Fällen) ist die Pat. genesen.

Die geschilderten 2 Methoden sieht D. als eine logische Weiterentwicklung zweier von einem Chirurgen angegebenen Operationen an, nämlich der vaginalen Totalexstirpation und der vaginalen Myomotomie nach Czerny. So macht sich auch heute noch ein bedeutender Einfluss seitens der Chirurgie auf die Geburtshülfe bemerkbar, bedingt durch die Förderung der operativen Gynäkologie seitens hervorragender Chirurgen. Die Richtigkeit des von D. vor 6 Jahren aufgestellten Satzes von dem Beginne einer chirurgischen Aera in der Geburtshülfe findet hierdurch eine weitere Bekräftigung. (Eigenbericht.)

Hofmeister-Tübingen: Ueber Sterilisation des Catgut durch Auskochen in Wasser.

Das Rohcatgut wird ohne weitere Vorbehandlung auf starke Glasplatten, oder vernickelte Eisenrahmen gewickelt, so dass Faden neben Faden in einer Schicht zu liegen kommt. Der Faden muss sorgfältig unter möglichst straffer Spannung aufgezogen werden. Anfang und Ende werden festgeknüpft. Die Knoten zwischen den einzelnen Fadenstücken müssen sicher geschürzt sein.

Dass aufgewickelte Catgut wird:

1) auf 12—48 Stunden in 2—4 pCt. Formalinlösung gelegt,
2) zur Entfernung des überschüssigen Formalins in fliessendem Wasser mindestens 12 Stunden lang ausgewaschen,
3) 5—20 Minuten in Wasser gekocht,
4) nachgehärtet und aufbewahrt in Alkohol abs. (+ 5 pCt. Glycerin und 4 pCt. Ac. carb. oder 1 pCt. Sublimat, je nachdem man Metallrahmen oder Glasplatten benützt). Für den Gebrauch werden die Fadenträger aufrecht in einen länglichen Glastrog gestellt; so lässt sich der Faden bequem abziehen, haftet aber doch so fest, dass er sich nicht spontan ablöst.

Bemerkungen.

Während die Concentration der angewandten Formalinbeize und die Kochzeit das Resultat nicht wesentlich beeinflussen, ist die exakte Aufwicklung und gründliche Auswässerung für die Erzielung eines brauchbaren Materials unerlässlich. Die straffe Anfangsspannung, welche durch die Formalin-

wirkung noch bedeutend erhöht wird (deshalb starke Rahmen!) muss erhalten bleiben bis zur Vollendung der Härtung. Die Rahmen müssen also mindesten einige Stunden in Alkohol gestanden haben, bevor man das festgeknüpfte Fadenende löst. Bei mangelhafter Spannung wird der Faden dick und gummiähnlich elastisch, so dass er sich als Ligaturmaterial schlecht eignet.

Wird das Formalin vor dem Kochen nicht gründlich ausgewaschen, so wird der Faden brüchig. Die Anordnung der Fäden in nur einer Schicht bietet die beste Gewähr für gleichmässigen Zutritt sowohl des Formalins als des Wasch- und Kochwassers.

Das ausgewaschene Catgut kann vor dem Kochen ohne Schaden beliebig lange in Alkohol aufbewart werden; auch kann man einmal gekochtes Catgut wiederholt auskochen, wenn man das Fadenende wieder festknüpft, um die Spannung zu erhalten.

Buchanzeigen.

Fr. Schauta. Lehrbuch der gesamten Gynäkologie. Eine Darstellung der physiologischen und pathologischen Functionen der weiblichen Sexualorgane im schwangeren und nicht schwangeren Zustande. Mit vielen Abbildungen. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1895. 1209 S.

Ein Lehrbuch kann inhaltlich nicht viel Neues bieten; es muss sich darauf beschränken, den Stoff der Disciplin, die es behandelt, logisch und übersichtlich geordnet auseinanderzusetzen und bei möglichster Knappheit der Form klar und bestimmt die Lehrsätze zu formulieren. Wenn es diese Desiderate erfüllt, so bleibt es, wenigstens in der medicinischen Litteratur, oft durch Decennien, die Lieblingslektüre der Studierenden und Praktiker. Ich erinnere nur an das Lehrbuch der inneren Medicin von Niemeyer, an die Lehrbücher der Geburtshülfe und Gynäkologie von Schröder, an die Anatomie von Hyrtl, die sich von Generation zu Generation vererbt haben. Ein solches Werk dürfte meines Erachtens auch das vorliegende Schauta'sche Lehrbuch werden; es eignet sich durch seine oft klassische Kürze zum Studium und nicht minder durch seine Uebersichtlichkeit der Materie zur raschen Information für den Praktiker. Diese Vorzüge dankt es der zielbewussten Initiative des Verfassers, der den Mut hatte, mit alten Traditionen zu brechen und mit einer gänzlich neuen Einteilung wieder aufzubauen. Es muss in der That Wunder nehmen, dass bei der allgemein anerkannten innigen und unzertrennbaren Zusammengehörigkeit von Geburtshülfe und Gynäkologie erst einmal vor 15 Jahren von C. Braun der Versuch gemacht worden ist, diese beiden Disciplinen auch gemeinsam abzuhandeln. Es ist das um so auffallender, als gewisse Kapitel aus der Geburtshülfe, wie die Tubenschwangerschaft wegen ihrer vielfachen Beziehungen zu gynäkologischen Themen, z. B. den Adnexerkrankungen, in jedem Lehrbuch der Frauenkrankheiten ausführlich erörtert werden müssen, als ferner die Diagnose der normalen und gestörten Sshwangerschaft in den ersten Monaten — obwohl doch scheinbar rein geburtshülflicher Natur — wegen der oft schwierigen Differenzierung von verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen in den Lehrbüchern beider Disciplinen nicht fehlen darf. Und umgekehrt: die Kapitel Lageveränderungen, Neubildungen, Verletzungen, Missbildungen der Genitalien gehören nicht blos in das gynäkologische, sondern ebenso in das geburtshülf liche Lehrbuch; dasselbe gilt fast ausnahmslos von sämtlichen Abschnitten der Gynäkologie, auch der operativen. Es leuchtet ohne Weiteres ein, welche Wiederholungen dem Leser erspart werden, wie die Uebersichtlichkeit des Stoffes gewinnt, wenn z. B. bei den Lageveränderungen des Uterus nach dem gynäkologischen Teil auch ihre geburtshülfliche Bedeutung in Einem erörtert wird, wenn bei der Technik der Myomo-

tomien mit ihrer extra- und intraperitonealen Stielbehandlung und von dieser zur Totalexstirpation fortschreitend, gleich Bezug genommen wird auf die Methoden der Sectio caesarea, die sich in ganz analoger Weise entwickelt haben. Sehen wir nun im Einzelnen, ob und wie dem Verf. diese neue Art der Verteilung des Stoffes geglückt ist.

An der Spitze des Werkes (Kap. I) steht natürlich die Anatomie der weiblichen Sexualorgane; es werden aber — abweichend von der sonst üblichen Darstellung — hier gleich die anatomischen Veränderungen während der Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbette, soweit sie physiologisch sind, abgehandelt, anstatt dass sie sonst besondere Abschnitte über die Physiologie des schwangeren, gebärenden und puerperalen Zustandes bilden. Es lässt sich darüber streiten, ob das hier gerade einen Vorzug des Buches bildet. Will man z. B. die anatomischen Veränderungen der Sexualorgane im Wochenbett studieren, so muss man sich dieselben mühsam aus den Abschnitten Uterus, Vagina, Peritoneum etc. zusammensuchen, während man sie in den Lehrbüchern der Geburtshülfe, allerdings um den Preis einer Wiederholung, übersichtlich zusammengestellt findet. Bei solchen ideell zusammengehörigen Begriffen, wie Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett dürfte auch das korrespondierende anatomisch-physiologische Bild nicht zerrissen werden. Uebrigens vermissen wir in diesem Abschnitte bei der Darstellung der Regeneration der Uterusschleimhaut im Wochenbett (pag. 23) die wohl unerlässliche Erwähnung der Arbeiten C. Friedländer's auf diesem Gebiete und weiterhin (pag. 28) bei der Rückbildung der Muskelzellen des puerperalen Uterus neben Helme's die neueren, jetzt als allgemein gültig angenommenenen Forschungsresultate Sänger's. — Im Kap. I ist auch die Anatomie des normalen Beckens und die Entwickelungsgeschichte der weiblichen Sexualorgane aufgenommen.

Kap. II behandelt die Physiologie der weiblichen Sexualorgane, also der Ovulation und Menstruation, der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes. Die Diagnose der Schwangerschaft (pag. 139—141) hätten wir wegen ihrer besonderen Wichtigkeit etwas eingehender und weniger schulkatechismusartig (mit der alten Einteilung in unsichere, wahrscheinliche und sichere Zeichen) gewünscht. Es dürfte sich vielleicht mehr empfehlen, die diagnostischen Zeichen der normalen Schwangerschaft in solche der ersten und der zweiten Hälfte zu sondern. Auch Wert und Bedeutung des für die erste Hälfte so wichtigen Hegar'schen Symptoms konnte mehr hervorgehoben werden. Bei der Hygiene der Schwangerschaft wird als Vorbereitung der während der Geburt nötigen Asepsis tägliche Reinigung der Genitalien mit steriler Watte und abgekochtem Wasser empfohlen; damit ist gewiss Jeder einverstanden, weniger aber mit den ebenda (pag. 146) angeordneten täglichen Irrigationen der Scheide. Das hiesse in der Hand von Laien der Infektion Thür und Thor öffnen. In der Physiologie des Wochenbettes sind die Nachwehen zwar an 3 Stellen (pag. 149, 195 und 200), aber für das Bedürfnis des Praktikers doch nicht erschöpfend behandelt. Es fehlt die Erwähnung ihrer grösseren Schmerzhaftigkeit bei Mehrgebärenden und die Darlegung der Grundes dieser Erscheinung, es fehlt ferner der Hinweis auf ihre Verstärkung durch Saugen an den Brustwarzen, sowie die Motivierung dieser Thatsache und die sich daraus ergebenden praktischen Folgerungen; es fehlt endlich der Hinweis auf die Möglichkeit ihrer Verwechselung mit entzündlichen Processen des puerperalen Uterus.

Im Kap. III, dem grössten des ganzen Werkes, findet sich die Pathologie der weiblichen Sexualorgane. Der Verf. ist hier von der sonst allgemein üblichen Einteilung nach Organen abgegangen, hat vielmehr als Einteilungsprincip die einzelnen Krankheitsgruppen gewählt und diesen letzteren die verschiedenen Organe subsumiert. Der Vorteil dieser originellen Verteilung des Stoffes springt besonders bei den Wundinfektionskrankheiten, der Gonorrhoe und der Tuberkulose in die Augen, welche Abschnitte dadurch ein übersichtliches Gesamtbild geben und den Einfluss dieser Krankheiten auf die einzelnen Organe, wie auf den Gesamtorganismus besser, als sonst erkennen lassen. Mit ganz besonderer Vorliebe behandelt und ausgezeichnet nach Inhalt und Darstellung ist das Kapitel „Gonorrhoe", ein Gebiet, auf welchem die Verdienste des Verf.'s und seines Mitarbeiters Wertheim allgemein anerkannt sind. Unter Benutzung der neuesten Forschungen ist hier eine Darstellung der Effekte und der Verbreitungswege der gonorrhoischen Infektion gegeben, die, wenn auch

vielleicht den Rahmen des Werkes etwas überschreitend, doch als klassische Schilderung des heutigen Standpunktes der Wissenschaft in dieser Frage Anspruch auf dauernden Wert hat. Die Beschreibung der Salpingitis isthmica nodosa als specifisch gonorrhoische Tubenerkrankung ist klinisch und anatomisch wichtig, um so mehr, als Hegar die Betonung ihrer Bedeutung für die Tubentuberkulose aufgegeben zu haben scheint.

Kap. IV behandelt die Anomalien des gesamten Körpers und seiner Organe in ihren Wechselbeziehungen zu den Generationsprocessen und zu gynäkologischen Leiden. Es ist löblich, dass der notwendige Zusammenhang der Gynäkologie mit der „Alma mater der Gesamtmedicin" hier genügend scharf betont ist. Wenn jedoch hier bei den Nervenkrankheiten auch die Eklampsie abgehandelt wird, so erscheint uns dieser Einteilungsmodus doch etwas gewaltsam, da ja einmal ihr causaler Zusammenhang mit Nervenkrankheiten grade neuerdings stark bestritten wird, andrerseits dieselbe ungezwungen doch nur als eine „zufällige Geburtsstörung" rubriciert werden kann.

Kap. V umfasst unter den Anomalien des Eies neben den Erkrankungen und Verletzungen der Frucht auch die abnorme Lage und Haltung derselben; letzteres, wie in den meisten Lehrbüchern der Geburtshülfe, wohl mehr aus äusseren und Verlegenheitsgründen, da die Lage- und Haltungsanomalien der Frucht vielleicht noch häufiger als durch Fötalkrankheiten bedingt sind durch Abnormitäten der weichen und knöchernen mütterlichen Geburtswege.

Kap. VI, die Anomalien des knöchernen Beckens, eine kürzere Bearbeitung des bekannten Aufsatzes des Verf.'s in dem grossen P. Müllerschen Handbuche der Geburtshülfe, zeichnet sich durch besonders klare Darstellung mit sehr guten, zum Teil neuen Abbildungen aus.

Kap. VII umfasst neben der geburtshülflich-gynäkologischen Untersuchung die Anti- und Asepsis, deren Grundprincipien und Anwendungsweise für beide Fächer gleichartig sind, sowie mit vollem Recht die Erörterung gewisser kleinerer therapeutischer Technicismen, auf deren Detail in den Lehrbüchern gewöhnlich nicht eingegangen wird, die zu lehren der Kliniker oft zu vornehm ist, und die dann in der Praxis dem jungen Arzte sehr fehlen. Wir hätten gewünscht, dass an dieser Stelle auch die Technik der heissen Vaginaleinspritzungen, die (pag. 246) gegen Meno- und Metrorrhagien empfohlen sind, genauer angegeben wäre; gerade hier kommt es nicht blos auf das „Was?", sondern auch auf das „Wie?" an.

Die beiden letzten Kap. VIII und IX sind der Lehre von den geburtshülflichen und gynäkologischen Operationen gewidmet; sie geben uns in allerdings subjektiver Färbung die heutige Praxis der Wiener Schule. Dies soll aber kein Vorwurf sein, sondern es stellt in unseren Augen einen Vorzug des Werkes dar. Wer selbst Operationen ausführen will, bedarf dazu ganz anderer vorbereitender Studien als in einem Lehrbuche. Der Praktiker aber, der sich für einen bestimmten Fall über die möglichen operativen Hilfen informieren will, wird es mit Dank anerkennen, wenn ihm eine bestimmte Anschauung mit einer durch grosse Erfahrung gestützten Entschiedenheit vorgetragen wird. Zu vielfältige Schulmeinungen, ganz objektiv nebeneinander gestellt, verwirren, anstatt zu klären; dies ist Sache der Monographien. Im Uebrigen finden wir in Schauta's Operationslehre den neuesten, oft sogar den allerneuesten Standpunkt berücksichtigt z. B. bei der Beschreibung der Alexander Adams'schen Operation durch vaginale Coeliotomie. Wäre es nicht angesichts der Erfahrungen, die wir eben erst mit der Dührssen-Mackenrodt'schen Vaginalfixur gemacht haben, vorsichtiger gewesen, gerade in einem Lehrbuche diese Methode, deren Dauerresultate und Einfluss auf die Generationsvorgänge uns noch unbekannt sind, vorläufig zu unterdrücken? Schon heut ist eine Indikation überholt, die Verf. (pag. 1064) aufstellt, dass sich für die vaginale Fixation nur Fälle von beweglicher Retroversio-flexio oder solche eignen, bei denen leicht trennbare, dünne und wenig vascularisierte Fixationen vorhanden sind. Martin hat bei seiner Colpotomia anterior mit folgender Vaginalfixur häufig festere und ausgedehnte Adhäsionen mit Erfolg gelöst, Bode hat dasselbe bei der Alexander-Adams'schen Operation auf vaginalem Wege gethan und Ref. selbst hat vor Kurzem bei derselben Methode sehr derbe, breite und ausgedehnte Adhäsionen eines fixierten, sinistro-retroflektierten Uterus unter Leitung des Auges unschwer

gelöst. So überholt das Heute rasch das Gestern; in ein Lehrbuch gehören aber nur durch vielfältige Erfahrung sicher fundierte Anschauungen.

Als eine That der historischen Gerechtigkeit möchten wir noch bitten, als den Vater des Klemmverfahrens (pag. 1076) nicht Richelot, sondern Péan anzuführen. Derselbe hat schon 1885 bei der Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus Klemmen, allerdings neben der Nahtmethode, angewandt, während Richelot nur das Verdienst zuzuerkennen ist, die Klemmenbehandlung principiell und ausschliesslich vorgeschlagen und ausgeführt (1886) zu haben. (Cf. L. u. Th. Landau, Die vaginale Radikaloperation, Berlin, Hirschwald, 1896).

Alle solche kleinen Ausstellungen, ebenso Druckfehler, wie Küstner'sches statt Küster'sches Symptom bei der Diagnose der Dermoidcysten, die bei der sicher bald folgenden Neuauflage des Werkes ihre Berichtigung finden können, vermögen natürlich an dem grossen und bleibenden Werte desselben nichts zu ändern; die heutige Wiener Schule hat sich damit einen schönen Denkstein gesetzt.

E. Fraenkel (Breslau).

Dr. C. Keller. Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose und Therapie. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshülfe hrsg. v. Dr. Max Graefe, I. Bd. Hft. 2.

Verf. bespricht wie zeitgemäss zuerst kurz die Aetiologie der Wanderniere. Es weist die Annahme, dass dieselbe angeboren sei, völlig zurück und legt das Hauptgewicht auf den Einfluss der Schwangerschaft, besonders mangelhafte Pflege im Wochenbett. Die sonst als Ursachen oft angegebenen Momente, wie zu enges Korsett, hohe Absätze, Traumen etc. haben nur eine untergeordnete Bedeutung.

Nachdem darauf noch kurz das Symptomenbild skizziert ist, beginnt der Hauptteil der Arbeit, die genaue Darstellung der Untersuchungsmethoden, die Besprechung der Differentialdiagnose und der Therapie.

Als Hauptschwierigkeit in der Erkennung der Wanderniere nennt Verf. den Umstand, dass die subjektiven Beschwerden so wenig Charakteristisches haben und daher oft eher auf eine Erkrankung des Genitaltraktus hinweisen. Bei der objektiven Untersuchung sind besonders Verwechselungen mit fast allen Unterleibsgeschwülsten möglich und schon vorgekommen.

Bei der Prophylaxe spielt die Hauptrolle die sorgfältige Pflege in der Schwangerschaft und im Wochenbett, wobei alle Umstände zu berücksichtigen sind, welche die Erschlaffung der Bauchdecken begünstigen, so besonders das zu frühe Aufstehen. Sehr zu empfehlen ist das Tragen einer stützenden Leibbinde während der Zeit der Rückbildung der Bauchdecken.

Die Behandlung kann nur eine symptomatische sein, da uns das eigentliche wirkende Moment, welches die Niere beweglich macht, unbekannt ist. Für die meisten Fälle bietet eine gut sitzende Bandage genügende Stütze, um die Beschwerden zu heben; helfend kommen hinzu zur Kräftigung der Bauchdecken kalte Douchen, Faradisation und Massage. Die operative Behandlung ist erst gestattet, wenn auf anderem Wege keine Besserung erreicht wurde, da ihre definitiven Erfolge keine sicheren sind (ca. $^1/_5$ Misserfolge). Nephrektomie ist als völlig unberechtigt zu verwerfen.

Klarer, knapper, kritischer konnte das weitläufige mit so vielem Beiwerk belastete Thema nicht abgehandelt werden, als es durch Keller geschehen ist.

Port (Leipzig).

Dr. Oscar Schäffer, Privatdocent für Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Heidelberg, **Experimentelle Untersuchungen über die Wehenthätigkeit des menschlichen Uterus, ausgeführt mittelst einer neuen Pelotte und eines neuen Kymographion.** Berlin 1896. August Hirschwald. 87 Seiten.

Die Arbeit muss eine wesentlich verschiedene Beurteilung erfahren, je nach dem Standpunkt, von welchem aus sie betrachtet werden soll oder wird. Vom exakt physiologischen Standpunkte aus kann sie nur ungünstig beurteilt werden, vom spekulativ praktischen Standpunkt aus aber muss man ihr einen gewissen Wert zusprechen. Da der Autor selbst nicht ausspricht, wie er die Arbeit angesehen wissen will, und da ich sie gerne möglichst günstig beurteile,

so nehme ich an, dass der Autor selbst sie vom zweiten Standpunkte aus angesehen wissen will.

Vom exakt physiologischen Standpunkt aus wäre die ziemlich mühevolle Arbeit recht unzweckmässig angefasst worden; denn die gewählte Untersuchungsmethode giebt nur unsichere und ausserdem nur relative Werthe und kann mit den von den anderen Autoren angewendeten intrauterinen Methoden, was Exaktheit betrifft, nicht entfernt konkurrieren. Während ich z. B. den von einem neben dem Kinde im Uterus befindlichen dünnwandigen Gummiballon mittelst eines dickwandigen Gummischlauchs übertragenen intrauterinen Drucks durch ein Quecksilbermanometer so direkt aufschreiben liess, dass immer die absoluten Werte abgelesen werden können, wobei ich zugleich Kurven erhielt von einer Schönheit, wie sie im physiologischen Laboratorium am gefesselten etc. Tier schöner gar nicht erhalten werden — ich habe eine Anzahl solcher Kurven zuletzt wieder auf dem 6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Wien vorgezeigt — benutzt Schäffer eine dem Abdomen der Gebärenden angepasste und angedrückte lufthaltige Pelotte, um die bei Form- und Grössenwechsel des Abdomen im Luftgehalt der Pelotte eintretenden Veränderungen mittelst eines Kautschukschlauches in einen Gasometer zu übertragen und von diesem auf einer rotierenden Trommel aufschreiben zu lassen. Es werden also mit dieser Methode nur Form- und Grössenveränderungen an der Oberfläche des Leibes volumenometrisch aufgezeichnet und zwar auch nur soweit, als die positiven und negativen Veränderungen an der Bauchoberfläche sich nicht aufheben. Da die Pelotte die ganze Bauchwand umfasst, so finden relativ grosse Ausgleichungen statt, welche an den Kurven gar nicht ersichtlich werden. Ein Mass für die Höhe des Druckes bezw. für die angewendete Kraft wird in keiner Weise gewonnen. In der Eröffnungsperiode ist die volumenometrische Wehen-Kurve oft sogar teilweise oder ganz negativ, aber nicht etwa entsprechend der Entleerung des Uterus — denn in der späteren Zeit, bei grösserer Entleerung des Uterus, wird die negative Phase der Kurven geringer oder fällt ganz fort. Ausserdem wird die Wehen- und Bauchpressenthätigkeit nur ganz unvollkommen unterschieden. Die Kurven werden bei ganz gleichmässig fortgehender Wehenthätigkeit ganz verschieden, je nachdem der Uterus im Anfang der Geburt bei Annahme der ihm eigenen Form auf seiner Vorderfläche sich abplattet oder in späterer Zeit der Geburt als kleinere Kugel sich vortreibt resp. aufgerichtet wird. Ebenso füllen die Kurven bei ganz gleich geformtem und gleicharbeitendem, breitbasischem Uterus ganz verschieden aus, je nachdem derselbe umgedreht im Abdomen liegt oder bei Spitzbauch und starker Drehung mit dem einen Horn in der Diastase des Recti liegt, sodass er bei der Wehe den Spitzbauch noch weiter nach unten vortreibt etc. Die von Schäffer erhaltenen Kurven sind also durch vielerlei Nebenumstände so beeinflusst, dass der Leser gar nicht im Stande ist, eine nur einigermassen genaue Kontrolle auszuführen. Ja es kann nicht einmal der Autor selber diese Quellen der verschiedenen Abweichungen genügend genau kontrollieren, weil die Oberfläche des Abdomens, welche die Kurven aufschreibt, durch die Pelotte unkontrollierbar verdeckt wird. Diesen vielen Fehlerquellen entsprechend sind denn auch die Resultate durchweg äusserst unsicher, zum grössten Teil sogar nachweislich falsch. Anderseits ist klar, dass trotzdem einige Resultate, wie z. B. die Wehenfrequenz richtig sein müssen. Selbst aber die wenigen richtigen Resultate müssten, wenn sie mit Erfolg verwertet werden sollten, erst durch Untersuchungen mittelst exakter Methoden kontrolliert werden. Ist es nun schon eine der schwersten Arbeiten, aus ganz exakten intrauterinen Beobachtungen die Gesetze der Physiologie der Wehen zu finden: was soll man mit so unsicheren Unterlagen anfangen?

Anders wird die Beurteilung der Arbeit vom spekulativ praktischen Standpunkte aus. Die Untersuchungen mittels intrauteriner Methoden haben ihre Berechtigung nur solange, bis die Physiologie der Geburt exakt ergründet ist. Für praktische Zwecke können nur äussere Methoden in Frage kommen. Das Bedürfnis, äussere Methoden zur exakteren, objektiven Erkennung der Wehenthätigkeit zu haben, ist schon längst empfunden worden. Hegar zeigte mir 1871 einen Apparat, welchen er nach dem Princip eines Ophthalmotonometer hatte anfertigen lassen. um von aussen her den intrauterinen Druck zu bestimmen. Auch ich habe verschiedene Versuche gemacht, um mit äusseren Methoden zu einem Resultate zu kommen. Befriedigende Resultate haben wir

beide aber nicht erhalten und deshalb hat keiner von uns die Versuche veröffentlicht. Es ist damit nicht ausgeschlossen, dass Andere glücklicher sein werden und Versuche in dieser Hinsicht sind dankbar anzuerkennen. Freilich sollten sie erst dann veröffentlicht werden, wenn sie eine einigermassen brauchbare Form erlangt und einige sichere Resultate aufzuweisen haben. Beides kann man von den Schäffer'schen nicht sagen. Wenn aber auch die Veröffentlichung von Schäffer nach dieser Richtung verfrüht ist, so muss man doch die Absicht loben und ähnliche Bestrebungen fördern.

Wie ich auf dem 6. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie in Wien an einem Kapitel dargelegt habe, glaube ich jetzt genügend viel exaktes Material an intrauterinen Untersuchungen gesammelt zu haben, um die Physiologie der Wehe mit positiven Zahlen als Unterlage allseitig darstellen zu können. Wenn dies geschehen, dann wird es möglich sein, die Resultate äusserer Methoden genau zu beurteilen resp. zu aichen, damit auch sie wenigstens annähernd absolute Werte darstellen. Ich stelle mir das Verhältnis etwa so vor, wie dasjenige des v. Basch'schen Sphygmomanometers gegenüber den Blutdruckapparaten der physiologischen Institute. Nachdem man die Gesetze des Blutdruckes mittels Einbinden von Kanülen in die Arterien exakt festgestellt hat, kann man die v. Basch'sche Methode, durch Messung des Seitendruckes der Gefässe den Blutdruck zu bestimmen, in der Praxis recht wohl mit Vorteil anwenden. Hoffentlich erfinden wir auch einen handlichen, nur äusserlich anzuwendenden Apparat für die Praxis, der uns die Arbeit des Uterus objektiv zu messen und zu verfolgen gestattet. Der Schäffer'sche Apparat wird dann immer als Vorläufer genannt werden.

Schatz.

Carl Ruge 1871—1896.

Anfang Juli dieses Jahres vollendet sich das fünfte Lustrum, seitdem Eduard Martin als Assistent für mikroskopische und chemische Untersuchungen Carl Ruge an die Berliner Universitäts-Frauen-Klinik berufen hat. Eduard Martin hatte damals schon seit Jahren erkannt, dass nur auf Grundlage derartiger Forschungen Geburtshülfe und Gynaekologie eine der Untersuchungs- und Operationstechnik entsprechende Entwickelung erfahren könnten. Die Arbeiten von D. Hausmann waren die ersten Beweise für Eduard Martin's Anregung.

Carl Ruge hat mit der ihm eignen Energie, vorbereitet durch seine Arbeiten unter Virchow's Leitung, sich auch unter Schröder und nun unter Olshausen den ihm gestellten Aufgaben hingegeben. Wir alle sind Zeuge gewesen, wie Schritt für Schritt diese Thätigkeit befruchtend und anregend sich auf weiteren Gebieten der Geburtshülfe und Gynäkologie geltend gemacht hat. Ganz besonders waren es die Assistenten der Frauen-Klinik, die, ebensowohl von der Bedeutung seiner wissenschaftlichen Arbeiten angeregt als von der liebenswürdigen Persönlichkeit Ruge's angezogen, in allen den verschiedenen Jahrgängen gleichmässig intensive Förderung erfahren haben.

Carl Ruge's Arbeiten über die Uterusschleimhaut, die Uterusmuskulatur, die Neubildungen des Uterus, seine Untersuchungen über die Neugeborenen, die Arbeiten, die er z. T. für die Schröder'schen Lehrbücher und Monographien geschrieben, seine Untersuchungen noch neuerdings über die Adenome und die sog. Deciduome, letzthin sein Beitrag für Winter's Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik aufführen, heisst

fast ebensoviel Etappen in der Entwickelung unseres Faches bezeichnen. Carl Ruge ist der Begründer der mikroskopischen Diagnostik in der Gynakologie.

Seit beinahe 25 Jahren hat Carl Ruge auch weiteren Kreisen seine Untersuchungsmethoden in den Ferienkursen für Aerzte zugängig gemacht und hier in einem grossen internationalen Kreis lehrend und führend gewirkt.

Carl Ruge gehört zu den glücklichen Menschen, deren selbstloses, unermüdliches Streben neidlose Anerkennung errungen hat. Wir sind überzeugt Aller Empfindung auszudrücken, wenn wir ihm eine neue Reihe von Lustren gleich erfolgreicher Thätigkeit wünschen!

A. Martin.
M. Sänger.

Tages-Nachrichten und Notizen.

Das officielle Programm der geburtshülflich-gynäkologischen Section des XII. Internationalen medicinischen Kongresses in Moskau (7. (19.)—14. (28.) August 1897) ist soeben versandt worden. Es umfasst folgende Themata, zu welchen um hingehörige Mitteilungen und Arbeiten gebeten wird.

I. Geburtshülfe:
1. Symphysiotomie.
2. Aeussere Untersuchung.
3. Serum-Behandlung in ihrer Anwendung bei puerperaler Septichämie.
4. Die Beziehungen zwischen gonorrhoischer Infektion und Puerperal-Erkrankungen.

II. Gynäkologie:
1. Die Colpotomie bei Adnexerkrankungen, bei Lageveveränderungen und Neubildungen der Gebärmutter.
2. Die Tripperansteckung und ihre Behandlung bei Nichtschwangeren.
3. Die chirurgische Behandlung der Peritonitis.
4. Vergleichende Bewerthung der verschiedenen Operationsmethoden des Gebärmutterkrebses in Hinblick auf Verhinderung von Recidiven.

Unterzeichnet sind A. Makeieff, Professor der geburtshilflichen und W. Snegireff, Professor der gynäkologischen Klinik in Moskau, sowie W. Bobroff als Sekretär.

Der kürzlich verstorbene, so überaus vielseitig thätig gewesene Regierungs- und Medicinalrat Agathon Wernich begann seine wissenschaftliche Laufbahn als Privatdocent für Geburtshülfe und Gynäkologie an der Berliner Universität.

In die damalige Zeit fallen seine bedeutenden Arbeiten über die Darstellung des Ergotins.

Als Frucht seines Aufenthaltes in Tokio, wohin er als Professor für Gynäkologie und innere Medicin berufen wurde, besitzen wir „Gynäkologische Mitteilungen aus Japan" sowie die Arbeit über „Becken- und Entbindungsverhältnisse ostasiatischer Völker", beide im Archiv f. Gynäk. erschienen. Damit schlossen seine eigentlichen Beiträge zu unserer Fachwissenschaft.

Am 22. Mai starb in dem hohen Alter von 92 Jahren in seinem Geburtsort Andlau im Elsass Joseph Alexis Stoltz, weiland Professor der Geburtshülfe an der medicinischen Fakultät zu Strassburg i. Elsass bis 1872, worauf er nach Nancy übersiedelte und dort noch bis zum Jahre 1880 als Professor thätig war. Stoltz's zahlreiche kleinere und grössere Arbeiten, unter denen die Monographien über die künstliche Frühgeburt, welcher er ausgedehntere Anwendung in Frankreich zu verschaffen suchte (1835), ferner über den Kaiser-

schnitt, worin er für die Uterusnaht eintrat (1836), besonders hervorgehoben seien, betreffen nicht blos das Gebiet der Geburtshülfe, sondern auch eine für, seine Zeit auffallend grosse Zahl gynäkologischer Themata, wie über die „Scheiden-Schamlippenbrüche", über „Blasen-Gebärmutter-Fisteln", über „Mastdarmpolypen bei Kindern", über „Kolporrhaphia anterior" (Tabaksbeutelnaht) u. a. m. Auch durch Uebersetzung deutscher Werke hat er sich als Vermittler verdient gemacht. Mit Stoltz ist der letzte grosse Vertreter der alten Strassburger Schule dahingegangen.

Privatdocent Dr. Gustav Lott, bisher Titularprofessor, ist zum ausserordentlichen Professor an der Wiener medicinischen Fakultät ernannt worden.

Herr Dr. Karl Menge hat sich als Privatdocent für Gynäkologie an der Universität Leipzig habilitirt.

Das „College of Physicians of Philadelphia" hat seinen vierten Dreijahres-Preis von 400 Dollars als „William F. Jenks Gedächtnis-Preis" ausgeschrieben für die beste Arbeit über „Die Aetiologie und Pathologie der Krankheiten des Endometrium einschliesslich der septischen Entzündungen im Wochenbett." Die Preisbewerbung ist unbeschränkt, doch muss die Arbeit in englischer Sprache abgefasst sein, daher, wenn in einer anderen Sprache geschrieben, mit einer englischen Uebersetzung versehen werden. Weiter muss der Text mittels Schreibmaschine hergestellt sein. Bezeichnung mit einem Motto, welches auch auf einem besonderen Briefumschlag mit Namen und Wohnort des Verfassers, anzubringen ist, wie üblich. Nur der Briefumschlag zu der mit dem Preis ausgezeichneten Arbeit wird geöffnet. Der Zeitpunkt der Einreichung, bei Dr. Barton Cooke Hirst in Philadelphia, läuft ab mit dem 1. Januar 1899.

Litteratur-Verzeichnis.

I. Geburtshülfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Müller, *P.* (Bern), Ueber Behandlung des Abortus. Samml. kl. Vortr. N. F. No. 163.

Penard, *Lucien* et *Germain Abelin*, Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme. (Huitième édition.) Paris 1896. L. Bataille.

Sarwey, *Otto*, Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Auf Grund von 60 Fällen a. d. kgl. Un.-Frauenklinik zu Tübingen dargestellt. Berlin. Aug. Hirschwald, 1896.

2. Allgemeines.

Geijl, *A.*, Bijdragen tot de kennis van de geschiedenis der obstetrie en gynaecologie in ons vaderland; vooral met het oog op de verdiensten der Hollanders van de 18de eeuw. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1896. Afl. 2.

Merle, *L.*, Compte rendu de la Société obstétricale de France. „L'Obstetrique", 15. Mai 1896.

Miranda, Antisepsi ed Asepsi in Ostetricia. Arch. di Obstetr. e Gin. 1896. No. 2 u. 3.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Bar et *Tissier*, Faits pour servir à l'histoire du traitement de l'infection puerpérale par les sérums antistreptococciques. „L'Obstétrique". 15. Mai 96.
Berghaus, *W.*, Ueber Gesichts- und Stirnlagen. Diss. Berlin 96.
Brunox, Cloisonnement cicatriciel transversal du vagin chez une secondipare à terme. — Rupture de l'utérus au niveau du col. — Mort de la mère et de l'enfant. Arch. de Gyn. et de Toc., 96. No. 4.
Bué, *V.*, Pyélo-Nephrite gravidique, infection puerpérale, curettage et sérothérapie. „L'Obstétrique". 15. Mai 96.
Drappier, Un cas de tétanos puerpéral. Arch. de Gyn. et de Toc., 96. No. 5.
Fengler, *A.*, Ueber den Vorfall der Extremitäten bei Kopflagen. Diss. Greifswald 96.
Gottschalk, S., Zur Lehre von den Placentarverhältnissen und den placentaren Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge. Arch. f. Gyn. Bd. 51, H. 3.
— *S.*, Ueber eine mit vorzeitiger Contraction des inneren Muttermundes vergesellschaftete besondere Form der Nachgeburtsverhaltung bei rechtzeitigen Geburten. Berl. klin. Woch. No. 21, 96.
Kelley, *J. Thomas*, Fibroid tumors of the uterus with pregnancy. Amer. Journ. of Obst. May 96.
Knapp, Eineiige Zwillingsplacenta; velamentöse Insertion; Verblutung beider Früchte unter der Geburt. Arch. f. Gyn. Bd. 51, H. 3.
Lehnerdt, *A.*, Ueber die Geburtsverhältnisse im frühen Lebensalter nach Beobachtungen an der Königlichen Frauenklinik zu Königsberg i. Pr. Diss. Königsberg 96.
Pöhlig, *W.*, Ueber die Bedeutung des Cervixcarcinoms als Geburtshindernis. Diss. Berlin 96.
Possanner, *Gabriele Baronin* (Vienna), A case of retroflexion of the gravid uterus (Uebersetzung aus dem Deutschen). Buff. Med. Journ. June 96 (Women's Edition.)
Routh, *Amand*, Haemorrhage during the early months of pregnancy. „The Lancet". No. 3794.
Remy, *S.*, Rétention d'urine chez les accouchées. Arch. de Gyn. et de Toc., 96. No. 4.
Schoolfield, *C. B.*, Placentitis: retained placenta. Amer. Journ. of Obst. May 96.
Salomon, *A.*, Ein Beitrag zur Ruptura uteri. Diss. Würzburg 95.
Villa, *F.*, Intorno al traumatismo degli organi genitali in gravidanza. Ann. di Ostetr. et Gin., 96. No. 4.
Vinay, *Ch.*, Plötzlicher Tod bei Wöchnerinnen. Der Frauenarzt, 96. No. 4, 5 u. 6.
Vollert, *R.*, Ueber Complication von Schwangerschaft mit Myomen. Diss. Würzburg 95.

4. Enges Becken.

Knapp, Bericht über 150 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891 bis 1895. Arch. f. Gyn. Bd. 51, H. 3.

5. Geburtshülfliche Operationen und Therapie, Abortus, Operationen im Wochenbett.

Arndt, *C.*, Einzelbeobachtungen aus der Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen.
1. 2 Symphyseotomien, davon eine mit tötlichem Ausgang für die Mutter.
2. Exstirpation eines Beckentumors in der Gravidität.
3. Nabelschnurbruch mit Herzhernie. Operation durch Laparotomie mit tötlichem Ausgang.
4. Uterusruptur nach Wendung. Porro-Operation mit glücklichem Ausgang. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 24.

Baldy, *J. M.*, A case of puerperal thrombosis. Hysterectomy, Recovery. Amer. journ. of obst. May 96.
Baer, *B. F.*, Supravaginal hysterectomy for impossible labor, with intrapelvic treatment of stump. Amer. journ. of med. sciences. May 96.

Budin, Pierre, Recherches experimentales. A propos du Mensurateur-Levier-Préhenseur. „L'Obstetrique". 15. Mai 96.
— Recherches expérimentales. A propos de l'Ischio-Pubiotomie. „L'Obstétrique". 15. Mai 96.
Chrobak, R., Bemerkungen zum Aufsatz von Ahlfeld in No. 14 d. Bl. (den Esser'schen Geburtsfall betr.) Centralbl. f. Gyn. 96. No. 21.
Davis, P. Edward, Supravaginal hysterectomy for impossible labor, with intrapelvic treatment of stump. Amer. journ. of med. sciences. May 96.
Decio, Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante. Ann. di Ostetr. e Gin. 96. No. 4.
Hayd, Herman E., Hysterectomy in puerperal sepsis. Buff. med. journ. May 96.
Jacobs, A propos de l'avortement. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 4.
Klein, Carl, Ueber Abortus habitualis. Wien. med. Presse 96. No. 17.
Lauro, Cefalotripsia su testa postica, con un nuova processo per la craniotomia dalla base. Arch. di Ostetr. e Gin. 96. No. 2 u. 3.
Mensinga, Ueber die Wendung in der Bauchlage. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 23.
Meyer, Carl, Zur operativen Eröffnung des Muttermundes. Correspondenzbl. f. Schw. Ae. 96. No. 9.
Noury, Grossesse à terme chez une femme rachitique à bassin étroit et vicié; opération césarienne; foetus mort; mort de la mère par septicémie aiguë. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.
Penrose, C. B., Report of a case of hysterectomy for acute puerperal sepsis, with recovery. Amer. journ. of obst. May 96.
Poll, C. N. van de, Drei glückliche Kaiserschnitte bei ein und derselben Frau. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 21.
Rohde, T., Erfahrungen über Loslösung und Behandlung der Placenta während zwölfjähriger Landpraxis. Diss. Marburg 96.
Schaub, A., Statistique des applications de forceps faites à la maternité de Lariboisière pendant l'année 1895. Comparaison avec les statistiques allemandes. „L'Obstetrique". 15. Mai 96. S. A.
Sorel, Robert et *Louis Hamon*, Du traitement des complications de l'avortement. Du curettage et de ses indications. La Normandie méd. 96.
Veronese, Studio sulla Sinfisiotomia con contributo clinico e sperimentale. Arch. di Ostetr. e Gin. 96. No. 2 u. 3.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Mitchell, Thomas E., A case of simultaneus uterine and extrauterine gestation. Brit. med. Journ. 96. No. 1848.
Moseley, William E., Twin pregnancy. One fetus being intrauterine and the other extrauterine (tubal). Amer. Journ. of Obst. May 96.
Toth, Beiträge zur Frage der ektopischen Schwangerschaft auf Grund des 14 jährigen Materials der II. geburtshülflichen und gynäkologischen Klinik zu Budapest. Arch. f. Gyn. Bd. 51, H. 24.

7. Eklampsie.

Hahnemann, Zwei Fälle puerperaler Eklampsie bei Zwillingsschwestern. Münch. med. Woch. 96. No. 20.
Inverardi, Sulla Cura dell' eclampside. Ann. di Ostetr. e. Gin. 96. No. 5.
Maxwell-Trotter, R., A case of puerperal eclampsia. Brit. med. Journ. No. 1845.
Tremel, H., Das diaphoretische Verfahren bei Nierenerkrankungen und Eklampsie in der Schwangerschaft. Diss. Marburg 96.

8. Osteomalacie.

Pavia, Caliman, Contributo all' etiologia, patogenesi e cura dell' osteomalacia puerperale. Ann. di Ostetr. e. Gin. 96. No. 4 u. 5.

9. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

Albers-Schönberg, Ueber foetale Syphilis. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Loipzig). Münch. med. Woch. 96. No. 19.
Ballantyne, J. W., Congenital teeth, with tree illustrative cases. (Read before the Edinb. Obst. Soc. 11th March 96.) Oliver and Boyd, Edinburgh. 96.

Chiarleoni, Nota esplicativa delle figure appartenenti l'una a un feto amorfo e l'altra ad una bambina con duplicita genitale esterna. Arch. di Ostetr. e. Gin. 96. No. 2 u. 3.

Clanahan, H. M. Mc., Artificial feeding of infants. Amer. Journ. of Obst. May 96.

Geyl, Eine peripherische Facialisparalyse (Parese) bei einem Neugeborenen nach einer durchaus normalen Geburt. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 24.

Marfan, De l'allaitement artificiel. Paris, L. Battaille.

Stern, H., Eine Frucht mit Eventration und mehreren anderen Missbildungen. Diss. Würzburg. 96.

Temesvary. R., La question des nourrices. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.

v. Winkel, Aetiologische Untersuchungen über einige sehr seltene foetale Missbildungen. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu München). Münch. med. Woch. 96. No. 17 u. 18.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Landau, Leopold und *Theodor*, Die vaginale Radicaloperation. Technik und Geschichte. Berlin, Aug. Hirschwald. 96.

Nagel, Wilh., Die weiblichen Geschlechtsorgane. Handb. d. Anatomie d. Menschen, herausgeg. von Karl v. Bardeleben, VII. Bd., II. Teil, I. Abt. — Jena, Gustav Fischer. 96.

11. Allgemeines.

Auvard, Douleurs d'origine génitale chez la femme. Arch. de Gyn. et de Tocol. 96. No. 4.

Carpenter, George, On the value of rectal exploration as an aid to diagnosis in diseases of children. „Pediatrics". Vol. I. No. 11.

Chrobak, R., Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 20.

Decio, Le ombre radiografiche di Röntgen. Ann. di Obstetr. e. Gyn. 96. No. 4.

Kothe, Zur klimatischen Behandlung der Neurasthenie. (Vortrag in der Balneologischen Ges. zu Berl. 11. März 1896). Deutsche Medicinalzeit. 96.

Samuel, S., Ueber Gewebssafttherapie und „innere Secretion". Deutsche med. Woch. 96. No. 18 u. 19.

Schücking, A., Röntgenstrahlen in der Gynäkologie. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 20.

Walton, Pyodermites d'origine génitale. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.

Wetterstrand, Otto G., Om behandling af kronisk morfin-, opium-, kokain- och kloralintoxikation med hypnos och suggestion. Hygiea. 96. No. 4.

Windscheid, F., Die Beziehungen zwischen Gynäkologie und Neurologie. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 22.

12. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Ameiss, F. C., A case of uterus didelphys and vagina duplex. Amer. Journ. of Obst. May 96.

Bertelsmann, R., Ueber das mikroskopische Verhalten des Myometriums bei pathologischen Vergrösserungen des Uterus. Diss. Göttingen 95.

Fothergill, W. E., Placental tissu fresh an old. Brit. med. Journ. No. 1845.

Ruge, Carl, Ueber maligne syncytiale Neubildungen, die sogenannten malignen Deciduome der Gynäkologen. (Choriocarcinom, Carcinoma syncytiale, Syncytioma malignum, serotinales Epitheliom.)

S. A. aus „Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere." Herausgegeben v. Prof. Dr. O. Lubarsch (Rostok) und Prof. Dr. R. Ostertag (Berlin). Verl. J. F. Bergmann, Wiesbaden.

Williams, Roger, De l'histologie de l'utérus dans ses rapports avec ses tendances néoplastiques. Ann. de Gyn. et d'Obst. Mai 96.

13. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

David, Et., Malformations des organes génitaux externes féminins. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 4.

Decio, C., Sopra un caso di emato-salpinge ed ematometra per manganza congenita della vagina presentazione della operata di salpingectomia. Atti dell' Associazione Medica Lombarda No. 1. — Gennaio—Febbraio 96.

Eichholz, Zur Allgemeinbehandlung der Beckenexsudate. Der Franenarzt. 96. No. 5.

Leitner, G., Traumatische Vaginalruptur. Diss. Greifswald 96.

Mackenrodt, A., Ueber den künstlichen Ersatz der Scheide. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 21.

Palm, Eine Hymenalcyste und ein Atherom des Labium minus bei einer Erwachsenen; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Hymencysten. Arch. f. Gyn. Bd. 51, H. 3.

Turgard, Imperforation de la partie inferiéure du vagin. — Hématocolpos. — Hématométrie. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.

Valdagni, Di un caso di elefantiasi della vulva. Arch. di Ostetr. e. Gin. 96. No. 2 u. 3.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Auer, M., Ein Beitrag zur Kenntnis der Cervixmyome. Diss. Erlangen 96.

Amadei, Isterectomia cesarea totale vagino-addominale per carcinoma. Ann. di Ostetr. e. Gin. 96. No. 5.

Ballantyne, J. W., Curettage of the uterus; history, indications, and technique. (Read before the Edinb. Obst. Soc. 8. Jan. 1896). Oliver and Boyd, Edinburgh 96.

Benninghoff, G. E., Celio-vaginal hysterectomy. Amer. Journ. of Obst. May 96.

Bong, P., Beitrag zur Lehre über das maligne Adenom des Uterus. Diss. Würzburg 96.

Cumston, Charles Greene, Hæmorrhagic metritis. Ann. of Gyn. and Pæd. May 96.

Carta e *De Amicis*, Contributo allo studio batteriologico delle endometriti. Arch. di Ostetr. e Gin. 96. No. 2 u. 3.

Damrow, A., Ueber die vaginale Uterusexstirpation bei Entzündungen und gutartigen Missbildungen der Gebärmutter und ihrer Anhänge. Diss. Heidelberg 96.

Dührssen, A., Ueber vaginale Antefixatio uteri. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 22.

Eberstein, C., Enucleation von Myomen aus dem Uterus per vaginam et per laparatomiam. Diss. Würzburg 95.

Eckstein, H., Ein Fall von Uterussarkom. Diss. Geifswald 96.

Fraisse, G. (Paris), Die Radicalexstirpation des Uterus und seiner Adnexe in Frankreich. Deutsche Aerzte-Zeit. 96. No. 10.

Fredericq, Simon, Hystérectomie forcée au cours d'une vagino-fixation. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.

Gubaroff, A. P., Traitement chirurgical des prolapsus de l'utérus et des parois vaginales, avec des considérations sur les deviations utérines. Ann. de Gyn. et d'Obst. Mai 96.

— Ueber eine neue Operation zur Beseitigung des Uterusvorfalles. Der Frauenarzt. 1896. No. 4.

Guérard, H. A. v., Köliotomie bei Geburtsstörung nach Ventrifixur. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 20.

Holländer, Exstirpatio Uteri et vaginae bei einem neunmonatlichen Kinde. Sitzgsber. d. Freien Vereinigg. d. Chirurgen Berlins. Deutsche med. Woch. 96. No. 16, S. 102.

Jouin, D'une nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.

Lindfors, A. G., Ventrofixatio uteri med efterföljande hafvandeskap. (V. ut. mit nachfolgender Schwangerschaft.) (Svenska Läkaresällskapetts förhandlinger 1896.) Hygiea 96. No. 5.

— Fall von primärem Uterusprolaps. Ventrofixation nach modificierter Methode. Gravidität mit glücklichem Verlauf (Zwillinge). Centralbl. f. Gyn. 96. No. 24.

Maurange, Gabriel, Endometrites séniles. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.
Morgenroth, F., Angiosarcoma uteri. Diss. Greifswald 96.
Netzel, W., Küstners operation för uterusinversion. Hygiea. 96. No. 5.
Olshausen, K., Ueber die Principien der vaginalen Exstirpation des carcinomatösen Uterus. Berl. Klin. Woch. No. 23. 96.
Penrose, C. B., Congenital erosion and split of the cervix uteri. Amer. Journ. of Med. Sciences. May 96.
Péan, Die Fibrome des Uterus. (Deutsch von Dr. Freudenberg). Der Frauenarzt. 96. No. 4.
Pilliet et *Potocki*, Allongement hypertrophique du col utérin, sa pathogénie. Ann. de Gyn. et d'Obst. Mai 96.
Philippi, H., Ueber Vaginofixation der Gebärmutter (20 Fälle aus d. gynäkolog. Klinik zu Basel). Diss. Basel 96. 51 S. m. 1 Tab. 8°.
Richelot, L. G., Derniers résultats de l'hystérectomie vaginale. Arch. de Gyn. el de Toc. 96. No. 4.
Schultz, F. K., Ueber Schwangerschafts- und Geburtsstörungen bei antefixiertem Uterus. Diss. Greifswald 1895.
Stocker, S., Ueber den Einfluss der Alexanderoperation auf die Geburt einerseits und die Wirkung von Schwangerschaft und Geburt auf die Alexanderoperation andrerseits. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 21.
Westermark, F., Fall af Tuberculos i Endometrium. (Svenska Läkaressällskapets Förhandlinger 96). Hygiea. 96. No. 5.
Wolter, Seltener Fall einer starken Blutung in Folge syphilistischen Geschwürs der Portio. Münch. med. Woch. 96. No. 20.

15. Ovarium. Tuben. Ligamente.

Benoit, Kyste hydatique des trompes. Ann. de Gyn. et d'Obst. Mai 1896.
Braun, K., Ueber Abschnürung der Ovarien. Diss. Giessen 1896.
Burckhard, Georg, Zur Genese der multiloculären Ovarialkystome. Virchow Archiv. B. 144. H. 3.
Calais, H. P., Ueber Varicen im ligamentum latum. Diss. Freiburg 1896.
Donnet, R., On the late results obtained from conservative operations on the ovaries, with a report of twenty-two cases. Ann. of Gyn. and Pæd. May 1896.
Doléris, Die Gefahren und Schwierigkeiten der Anwendung des konservativen Verfahrens in der intrauterinen Therapie bei Adnexläsionen. (Deutsch von Dr. Freudenberg.) Der Frauenarzt 1896. No. 5.
Hagedorn, W., Ueber spätere Folgezustände nach doppelseitiger Ovariotomie. Diss. Freiburg, 1896.
Knauer, E., Einige Versuche über Ovarientransplantation bei Kaninchen. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 20.
Liebrich, A., Beiträge zur Kenntniss des papillären Kystoms der Ovarien. Diss. Würzburg 1895.
Lawson Tait, The evolution of the surgical treatment of the broad ligament pedicle. „The Lancet." No. 3794.
Lion, Victor, Ein Fall von Lymphcyste des Ligamentum uteri latum. Beitrag zur Kenntniss von den abdominalen Lymphcysten. Virchow Archiv. Bd. 144. H. 2.
Manley, Thomas, H., Sero-cystic disease or hydrocele in women. With report of a case. Ann. of. Gyn. and Pæd. May 1896.
Mason Hundley, Three cases of pus tubes; in two of which the gonococcus was present, in the other streptococcus pyogenes. Amer. Journ. of Obst. May 1896.
Routier, Rétention d'urine, cystite purulente chez une fillette causées par un kyste dermoide de l'ovaire. Arch. de Gyn. et de Toc. 1896. No. 4.
Sudeck, Ueber posttyphöse Eiterung in einer Ovarialcyste. Casuistischer Beitrag zur Frage der pyogenen Eigenschaft des Typhusbacillus. Aus der chirurgischen Abtheilung des neuen allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg. Münch. med. Woch. 1896. No. 21.
Wegener, H., Ueber Pyosalpinx. Diss. Würzburg 1895.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Bina Potter-Van Denbergh, Some lesions of the pelvic viscera not requiring operative treatment. Buff. med. Journ. June 96. (Women's Edition.)
Kossmann, R., Für die Elytroperitonaeotomie. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 23.

17. Harnorgane. Fisteln.

Bergstrand, A., Fall af njurcysta, Laparotomie, helsa. (Fall von Nierencyste, L., Heilung). Hygiea. 96. No. 4.
Bloodgood, Jos. C., A new apparatus for immediate and permanent drainage of the urinary bladder after suprapubic cystotomy. Bull. of John Hopk. Hosp. April 96.
Bland Sutton J., A contribution to the surgery of the ureter. „The Lancet". No. 3793.
Jane W. Carroll, Cystic Urachus. Buff. med. Journ. June 96. (Women's Edition).
Deale, Henri B., Movable Kidney. Amer. Journ. of Obst. May 96.
Duplay, Simon, Traitement des Fistules vesico-vaginales par la suture intra-vesicale (cystoraphie interne). Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.
Eiselsberg v., Einpflanzung der Ureteren in die Flex. Sigmoidea bei Blasen-ectopie. (Ver. f. wissensch. Heilkde. zu Königsberg i. Pr., Sitz. v. 30. III. 96. Wiener Kl. W. 96. No. 22. S. 478).
Gatti, Gerolamo, Ueber die von abgesprengten Nebennieren-Keimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virchow Archiv Bd. 144. H. 3.
Hallervorden, O., Ein papilläres Sarkom der weiblichen Urethra. Diss. Greifswald 96,
Williams, Herbert U., The bacillus aerogenes capsulatus in a case of suppurative pyelitis. Bull. of John Hopk. Hosp. April 96.

18. Gonorrhoe.

Åhman, C. G. och *J. Jundell*, Om renodling of gonococcus Neisser. (Ueber Reinzüchtung des G. N.) (Svenska Läkaresällskapets forhandlingar. 96.) Hygiea 96. No. 5.
Canova, L., De l'ichthyol dans le traitement de la blennorhagie. Diss. Paris 95.
Mc. Cann, Frederik J., The fluid contained in ovarian cysts as a medium for the cultivation of the gonococcus and other micro-organisms. „The Lancet" 96. No. 3796.
Trayer, Wm. Sidney and *George Blumer*, Ulcerative endocarditis due to the gonococcus; gonorrhoeal septicæmie. Bull. of John Hopk. Hosp. April 96.

19. Hysterie.

Löwenfeld, L., Ueber die Krankenpflege hysterischer Personen. Zeitschr. f. Krankenpfl. 96. No. 6.

20. Mamma.

Audebert, Traitement des érosions du mamelon par le stérésol. Arch. de Gyn. et de Toc. 96. No. 5.
Dreyfuss, M., Ueber einen Fall von Cystadenoma Mammae Diss. Würzburg 95.
Fuss, S., Ueber die Einziehung der Brustwarze beim Faserkrebs der Mamma. Diss. Würzburg 96.
Sheild, Marmaduke A., Clinical lectures on the diagnosis of carcinoma of the breast in its early stages. Brit. med. Journ. 96. No. 1848.
— The causation and treatment of mammary abscess. „The Lancet." No. 3792.

21. Technisches. Akiurgie.

Campbell, Graham, A needle-holder and finder for vaginal, vesical, and intra-abdominal operations. „The Lancet." No. 3794.
Eckstein, E., Aseptisches geburtshilfliches Instrumentarium für praktische Aerzte. Wien. klin. Woch. 96. No. 20.
Favr, W., Das Bohrperforatorium. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 23.
Martin, Edward, The checking of operative bleeding by torsion. Bull of John Hopk. Hosp. April 96.

Strassmann, *P.*, Ersatz für Schwämme bei Laparotomien. Deutsche Aerzte-Zeitg. 96. No. 11.

22. Darm.

Brentano, Die bisherigen Erfahrungen mit dem „Murphyknopfe". Berl. klin. Woch. 96. No. 20.

Svensson, *Ivar*, Öfver kolostomiens och exstirpatationens områden vid behandling af rektalkarcinom. (Ueber das Gebiet der K. und E. Behandl. d. Mastdarm-carcinoms).) Hygiea. 96. No. 5.

23. Narkose. Antiseptica.

Beck, *Gustav*, Zur Frage der Chloroform-Narkose. Aerztl. Polytechnik. 96. No. 6.

Crédé, *Benno u. Beyer*, *J. L.*, Silber und Silbersalze als Antiseptica. Leipzig, F. C. W. Vogel. 96.

Cyron, *F.*, Ueber den gegenwärtigen Stand der Anästhesierungsfrage. Diss. Würzburg 95.

Gerson, *S.*, Ueber Desinfection mit Formalin. Diss. Würzburg 95.

Leedham-Green, *Ch.*, Versuche über Spiritusdesinfection der Hände. Deutsche Med. Woch. No. 23. 96.

Schleich, *C. L.*, Ueber Narkose. Zeitschr. f. prakt. Ae. 96. No. 10.

Schlichthaar, *P.*, Ueber einen neuen Narkosen-Apparat mit Verwendung dosirter Gemische. Diss. Bonn 95.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig

Originalarbeiten.

(Aus der I. Universitäts-Frauenklinik des Herrn Prof. Schauta in Wien.)

I. Ueber puerperale Uterusgonorrhoe

Von

Dr. JULIUS NEUMANN
Klinischer Assistent.

(Hierzu 1 Abbildung.)

Die Lehre von der gonorrhoischen Infektion der weiblichen Geschlechtsorgane ist durch mikroskopische und bakteriologische Forschungen über den Gonococcus Neisser nunmehr in exakter Weise begründet. Insbesondere sind es die Arbeiten von Neisser, Bumm und Wertheim, welchen wir die Kenntnis von dem biologischen Verhalten des Gonococcus verdanken. Seit der Auffindung von Gonokokken im Gewebe ist es bekannt, dass dieser Mikroorganismus kein oberflächlich vegetierender Schleimhautparasit ist, sondern dass er durch das Epithel in das Bindegewebe einzudringen vermag und hier eine specifische Entzündung hervorruft. So ist der Nachweis von gonorrhoischen Erkrankungen fast für sämtliche Anteile des weiblichen Genitaltraktes erbracht worden. Speciell für die Uterusschleimhaut hat Wertheim in seinem Referat über Uterusgonorrhoe[1]) die histologischen Veränderungen und das Verhalten der Gonokokken zum Gewebe der Uterusschleimhaut festgestellt und hierdurch den anatomischen Begriff der Endometritis gonorrhoica umschrieben.

In dem ganzen Aufbau der Lehre von der Gonorrhoe fehlt nur mehr der Nachweis einer gonorrhoischen Erkrankung der Decidua und des parametranen Zellgewebes. Die klinische Beobachtung weist vielfach auf das Vorkommen einer solchen Affektion der Decidua hin. So ist es eine bekannte Thatsache, dass trotz Gonorrhoe Schwangerschaft eintreten kann. In solchen Fällen ist es allerdings möglich, dass die Gonorrhoe sich nur auf die Cervix beschränkt; ob bei bestehender gonorrhoischer Endometritis Schwangerschaft möglich ist, ist vorläufig nicht sicher-

[1]) Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1895.

gestellt; im akutem Stadium der Gonorrhoe jedenfalls nicht. Wertheim nimmt an, dass bei vorausgegangener Uterusgonorrhoe Conception eintreten könne, und setzt voraus, dass die Gonokokken schon vor dem befruchtenden Coitus aus der Körperschleimhaut verschwunden seien oder während der Entwickelung des Eies zu Grunde gingen; denn es ist ihm unwahrscheinlich, dass bei fortbestehender gonorrhoischer Endometritis die Schwangerschaft einen ungestörten Verlauf nehme. Die Frage, ob eine Ausbreitung des gonorrhoischen Processes auf den Uteruskörper während der Schwangerschaft erfolgen könne, wird von einzelnen Autoren bejaht. So meint Sänger[1]), dass die gonorrhoische Infektion von der Cervix auf das Corpus durch den Flimmerstrom erfolge, die Gonokokken durch die Drüsenmündungen in das Decidualgewebe eindringen und hier häufig eine starke eitrige Infiltration erzeugen. Diese Annahme ist jedoch niemals durch den Nachweis von Gonokokken in der Decidua erhärtet worden. Auch in dem Falle, welchen Donat[2]) beschrieb, wurden keine Gonokokken in der Decidua gefunden. Die wenigen Beobachtungen, welche bisher von bakterieller Endometritis in der Schwangerschaft mitgeteilt wurden (Emanuel und Wittkowsky[3]) beziehen sich auf nicht gonorrhoische Endometritis. In der Besprechung dieser Fälle geht Veit's Ansicht dahin, dass die Erkrankung des Endometrium das Primäre sei und dass die anatomischen Veränderungen des Eies und die Störungen des Schwangerschaftsverlaufes auf bereits vorher bestandene Endometritis zurückzuführen seien.

Im vergangenen Jahre habe auch ich einen Fall von eitriger Endometritis in der Schwangerschaft beobachtet. Es handelte sich um eine 23jährige Frau, die sich im 4. Monate ihrer 3. Schwangerschaft befand. Die Frau litt seit mehreren Wochen an unstillbarem Erbrechen; durch die übliche Therapie besserte sich der sehr schlechte Allgemeinzustand der Patientin allmälig und es schien, dass die Schwangerschaft nunmehr ungestört verlaufen werde. Da verfiel die Kranke mit einem Mal sehr rasch und starb nach Verlauf von einigen Tagen. Es bestand niemals höheres Fieber, es deuteten keinerlei Erscheinungen auf eine lokale Erkrankung von Seiten des Uterus und so war auch jeder Eingriff unterlassen worden. Bei der Sektion fand man eitrige Deciduitis und die bakteriologische Untersuchung ergab die Anwesenheit von Staphylococcus albus.

Bei zahlreichen Untersuchungen von Abortiveiern habe ich schon wiederholt Bacillen und Kokken in der Decidua gefunden. Meist lagen aber die Mikroorganismen an der Oberfläche, sind also nur zufällig, wohl beim Durchtritt des Eies durch Cervix und Vagina hinzugekommen. Wenn sie sich aber im Gewebe selbst, zwischen den Deciduazellen befanden, so traf man sie meist nur

[1]) Die Tripperansteckung beim weibl. Geschlechte. Leipzig 1889, p. 27.
[2]) Ueber einen Fall von Endometritis purul. i. d. Schwangensch. Arch. f. Gyn. Bd. 24, p. 481.
[3]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 31 u. 32.

in den Randpartien der Decidua, nahe zur Oberfläche der Spalträume und in diesen an. Der Mangel von Mikroorganismen in tieferen Schichten der Decidua sprach in solchen Fällen eher gegen die Annahme von der ätiologischen Bedeutung der Organismen für die bestehende Endometritis und den hierdurch bedingten Abortus.

Da nun Wertheim die gonorrhoische Erkrankung der Uterusschleimhaut nachgewiesen hat, erschien bei der Häufigkeit der ascendierenden Gonorrhoe einerseits und der Häufigkeit des Abortus andererseits ein ursächlicher Zusammenhang in vielen Fällen wohl mehr als wahrscheinlich. Doch trotz zahlreicher Untersuchungen von Abortiveiern und reifen Placenten war es mir bisher nicht gelungen, Gonokokken in der Decidua nachzuweisen, auch dann nicht, wenn nachweisbare Cervikalgonorrhoe bestand. Im Hinblick auf diese negativen Untersuchungsresultate wird man mit Döderlein[1]) übereinstimmen, dass während der Schwangerschaft, wie auch ausserhalb der Fortpflanzungszeit die nicht durch Bakterien veranlasste fungöse Endometritis eine weitaus bedeutungsvollere Rolle spielt als die infektiöse Endometritis. Aber es ist zu beachten, dass die chronische, nicht bakterielle Endometritis meist in einem gewissen ätiologischen Zusammenhange steht mit akut einsetzenden gonorrhoischen und infektiösen Endometritisformen anderer Art. So weit auch die klinischen Erfahrungen hierüber gediehen sind, so mangelhaft sind noch die Resultate anatomischer Untersuchungen. Die Aufgabe weiterer Forschungen liegt meiner Ansicht nach in der Beantwortung folgender Fragen:

1. Kann bei bestehender Uterusgonorrhoe Schwangerschaft eintreten und in welchem Stadium derselben und, welches sind die klinischen Erscheinungen und anatomischen Veränderungen in solchen Fällen?
2. Kann sich bei bereits bestehender Schwangerschaft eine frische oder ältere gonorrhoische Infektion auf die Decidua fortsetzen und was sind die Folgen dieser ascendierenden Gonorrhoe?

Eine weitere Frage bezieht sich auf die im Wochenbett ascendierende Gonorrhoe. Ueber die klinischen Erscheinungen der sich im Puerperium auf den Uterus und die Adnexe ausbreitenden Gonorrhoe sind wir bereits wohl unterrichtet. Insbesondere sind es die bakteriologischen Untersuchungen des Lochialsekretes von Franqué[2]), Krönig[3]), Gottschalk und Immerwahr[4]) u. A., durch welche die Häufigkeit der gonorrhoischen Endometritis in puerperio festgestellt wurde. Andererseits

[1]) Die Beziehungen der Endometritis z. d. Fortpflanzungsvorgängen. Verh. d. deutsch. Ges. f. Gyn. 1895.

[2]) Bakteriol. Untersuch. bei norm. u. fieb. Wöchnerinnen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 25, p. 277.

[3]) Ges. f. Geb. zu Leipzig 21. I. 1895.

[4]) Arch. f. Gyn. Bd. 50, 3. Hft.

sprechen ja die Erfahrungen, die man so häufig bei gonorrhoischen Erkrankungen der höheren Abschnitte des weiblichen Genitaltraktes zu machen Gelegenheit hat, vielfach für eine besondere Bedeutung des Wochenbettes als prädisponierend für die Aufflackerung des genorrhoischen Processes und seine Weiterverbreitung gegen den Uteruskörper hin. Ich will hier nicht auf die im Wesentlichen mit den allgemein bekannten Erfahrungen übereinstimmenden Beobachtungen, die ich an dem grossen Materiale der Klinik Schauta zu machen in der Lage bin, eingehen. Hervorzuheben ist nur, dass die Diagnose einer ascendierenden Gonorrhoe im Wochenbette immer noch auf den klinischen Erscheinungen und den Nachweis von Gonokokken im Sekrete des Uteruskörpers beruht. Wenn auch zuzugeben ist, dass durch die Methoden der Sekretnahme mit Kappillarröhrchen, wie sie insbesondere Döderlein und Krönig übten, mit ziemlicher Sicherheit aus dem Uterus stammendes Sekret untersucht wird, so kann der Nachweis von Gonokokken im Körpersekret für die Diagnose einer puerperalen Uterusgonorrhoe bei dem heutigen Stande der Gonorrhoefrage doch nicht vollkommen genügen. Es gehört hiezu vielmehr noch der Nachweis von Gonokokken im Gewebe; hierüber liegen jedoch noch keine anatomischen Untersuchungen vor.

Da ich schon seit längerer Zeit auf das Verhalten des gonorrhoischen Prozesses im Wochenbette meine Aufmerksamkeit richtete, nahm ich Gelegenheit, in Fällen, wo der Verdacht bestand, dass die Gonorrhoe sich auf den Uterus verbreite, die Uterusschleimhaut zu untersuchen.

In dem ersten dieser Fälle bestand seit Beginn der Schwangerschaft eitriger Ausfluss. Es handelte sich um eine 26 jährige Erstgebärende mit Cervicalgonorrhoe, welche einige Wochen vor dem normalen Schwangerschaftsende wegen Nabelschnurvorfall bei engem Becken durch Wendung auf den Fuss und Extraktion entbunden wurde. Das Wochenbett verlief vollkommen fieberlos. Zwei Wochen nach der Geburt stellte sich Blutabgang aus dem Uterus ein. Ich fand den Uterus schlecht zurückgebildet, den Cervicalkanal durchgängig und an der vorderen Uteruswand warzenartige, ziemlich weiche Höckerchen. Mit einem kleinen Löffel holte ich nun von diesen Excrescenzen ein Stückchen heraus, und da die mikroskopische Untersuchung desselben Endometritis decidua ergab, machte ich wegen andauernder Blutung einige Tage später die Excochleation. Im Cervicalsekret waren zu dieser Zeit immer noch Gonokokken, aber nur in spärlicher Menge vorhanden. In dem ausgekratzten Gewebsstückchen suchte ich aber vergebens nach Gonokokken, und ich muss somit annehmen, dass die vorhandene Endometritis mit Gonorrhoe nicht im Zusammenhang stand.

Gleichfalls negativ in dieser Beziehung war das Resultat in einem zweiten Falle. Es war eine 22 jährige Erstgebärende, welche am normalen Schwangerschaftsende spontan niederkam. Das Wochenbett verlief fieberlos. Am 7. Tage trat gonorrhoische Conjunctivitis des Kindes auf; hierdurch aufmerksam gemacht,

untersuchte ich das Lochialsekret der Mutter und fand in demselben reichlich Gonokokken. Da der Uterus gut zurückgebildet, der Cervicalkanal noch durchgängig war, ging ich am 9. Tage mit einem kleinen Löffel ein und schabte ein stecknadelkopfgrosses Stückchen Uterusschleimhaut ab. Die Untersuchung auf Gonokokken war jedoch auch diesmal negativ.

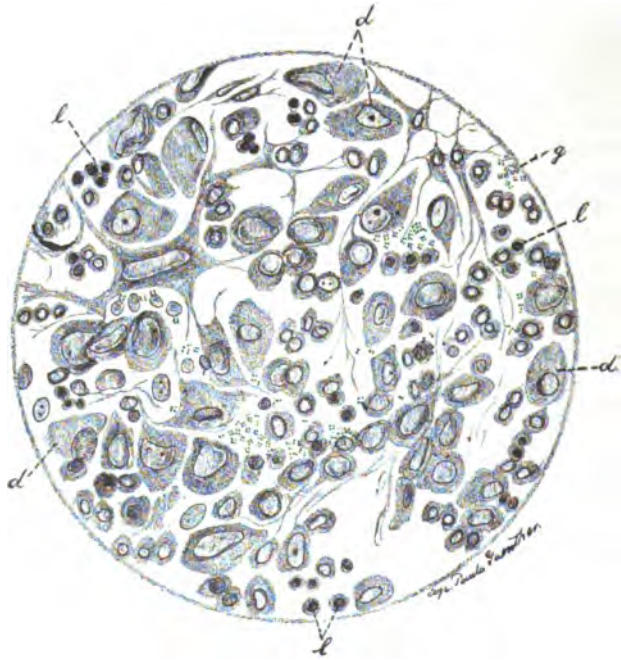
Ein weiterer Fall ist der folgende: 21 jährige Blondine kam zum 2. Male spontan mit einem 2700 g schweren Kinde nieder. Das Wochenbett verlief vollkommen fieberlos. Am 8. Tage trat gonorrhoische Conjunctivitis des Kindes auf. Das Cervicalsekret der Mutter reichlich, dick-eitrig, enthielt massenhaft Gonokokken. Der Uterus ist schlecht zurückgebildet, sehr schlaff; keine Druckschmerzhaftigkeit. Cervikalkanal ist für den Finger durchgängig und beim Passieren des inneren Muttermundes finde ich die Uterushöhle sehr weit und erfüllt mit einem dünnen, grau-gelblichen, eitrigen Sekrete, welches an dem Finger vorbei abfliesst. Die Schleimhaut ist allenthalben glatt. Im dünnen Sekrete des Uteruskörpers massenhaft Gonokokken, sonst mikroskopisch keine Mikroorganismen auffindbar. Um in diesem Falle den exakten Nachweis der Uterusgonorrhoe zu erbringen, schabte ich nun mit einem Löffel ein kleines Stückchen Schleimhaut ab. Der Befund war diesmal positiv, wie das noch näher zu schildern sein wird.

Ebenso in einem 3. Falle einer 21 jährigen Erstgebärenden, die ein 4450 g schweres Kind nach 12-stündiger Wehenthätigkeit geboren hatte. Trotz des an unserer Klinik in jedem Falle angewendeten Credé'schen Verfahrens waren bei diesem Kinde schon am ersten Tage die Zeichen der Ophthalmoblennorrhoe vorhanden und liessen sich mikroskopisch Gonokokken im Conjunctivalsekrete nachweisen. Das Wochenbett war auch in diesem Falle fieberlos, die Rückbildung des Uterus am 8. Tage mässig weit gediehen. Am 9. Tage untersuchte ich die Frau und fand eine ausgebreitete Erosion an der Portio, welche bei Berührung etwas empfindlich war und leicht blutete. Starke eitrige Sekretion aus dem Cervicalkanal; im Eiter mikroskopisch massenhaft Gonokokken. Bimanuell erweist sich der Uterus als faustgross, wie fluktuierend. Der Cervicalkanal ist leicht für den Finger durchgängig und im Uteruscavum findet sich abermals eine grosse Menge eitrigen Sekretes derselben Beschaffenheit, wie in dem vorhin mitgeteilten Falle. Auch hier mikroskopisch Gonokokken in Reinkultur. Ich entnahm wiederum mit dem Löffel ein kleines Schleimhautstückchen und untersuchte dieses mikroskopisch.

Bevor ich auf das Ergebnis dieser Untersuchungen eingehe, will ich nur erwähnen, dass die Entnahme von Schleimhautstückchen mit dem Löffel stets nach vorheriger gründlicher Reinigung des Cervicalkanales geschah und für die betreffenden Frauen keinerlei nachteilige Folgen hatte.

Die mikroskopische Untersuchung der in Alkohol gehärteten und in Paraffin eingebetteten Stückchen ergab in den beiden letzten Fällen Deciduagewebe. Es ist ja bekannt, dass die Rückbildung der Decidua nur allmählich erfolgt und dass man sogar

noch nach längerer Zeit an einzelnen Stellen Decidua antreffen kann. Bei Betrachtung der Stückchen mit schwacher Vergrösserung fällt eine sehr starke kleinzellige Infiltration auf, wodurch die Deciduazellen weit auseinander gedrängt werden; an einzelnen Stellen ist das Gewebe fast vollständig eitrig eingeschmolzen. Mit Immersionslinsen kann man gerade an solchen Stellen zahlreiche Diplokokken sehen, welche teils im Protoplasma der Eiterzellen haufenweise liegen, teils extracellulär um diese herum lagern. Durch die typische Semmelform und ihre Entfärbbarkeit bei Gram'scher Färbung sind diese schon auf den ersten Blick erkennbaren Mikroorganismen genügend als Gonokokken charakterisiert. Dass es sich an derartig mit Eiterkörperchen infiltrierten Stellen sicher um Gewebe und nicht etwa um eitriges Sekret handelt, geht daraus hervor, dass man zwischen diesen polynucleären Leukocyten ab und zu Deciduazellen erkennen kann, weiter auch Gefässe; speciell in der Umgebung dieser letzeren ist die Infiltration meist sehr stark. An anderen, insbesondere tieferen Schichten der Deciduastückchen ist das Gewebe übrigens weniger dicht infiltriert und deutlich als Deciduagewebe zu erkennen. Ich habe aus dem Grunde der Anschaulichkeit eine solche Stelle abgebildet (Fig. 1). Man sieht hier sehr schön die



Figur 1.

grossen Deciduazellen (d), welche in einem weitmaschigen Netzwerk locker zusammenhängen; zwischen denselben lagern einzelne und haufenweise beisammenliegende Gonokokken (g). Bezeichnender

für die gonorrhoische Affektion sind allerdings die eitrig infiltrierten Stellen. Es sind auch einzelne erweiterte Drüsenräume in den Schnitten getroffen, auch trifft man im Cylinderepithel Gonokokken an. Als weiteren Befund erwähne ich das Vorhandensein von Mitosen, dann von Mastzellen.

Hervorzuheben ist, dass die Gonokokken stets nur in den Eiterzellen oder um diese herum liegen und dass sie zwischen den Deciduazellen, niemals aber in diesen selbst angetroffen werden.

Nebenbei will ich erwähnen, dass ich in dem 2. Falle auch ein kleines Stückchen von der erodierten Portio excidierte und dass ich in dem jungen Plattenepithel, vielmehr zwischen den einzelnen Zellen und in den oberflächlichen Schichten des Bindegewebes gleichfalls Gonokokken in spärlicher Anzahl gefunden habe.

Der mikroskopische Befund an den ausgekratzten Schleimhautstückchen ist in beiden Fällen so vollkommen identisch, dass er für die gonorrhoische Endometritis decidua wohl als typisch gelten wird. Das Bild entspricht übrigens dem der Endometritis gonorrhoica. Wertheim hat als anatomisches Merkmal für die Uterusgonorrhoe im nicht schwangeren Zustande die interstitielle Schleimhautentzündung bezeichnet, zu welcher noch das Bild der Endometritis glandularis in fast der Hälfte aller Fälle hinzukommt.

Es wäre noch die Frage zu erörtern, wann die gonorrhoische Infektion der Decidua erfolgt ist. Bei der bekannten Thatsache, dass die Gonorrhoe gerade im Wochenbette so häufig ascendiert, erscheint die Annahme, dass hier eine frische puerperale Infektion des Uteruskörpers vorliegt, sehr wahrscheinlich. Aber auch der Umstand, dass die oberflächlichen Deciduaschichten stärker infiltriert sind als die tieferen, spricht für akute Entzündung. Ich lege jedoch auf all' das weniger Gewicht, als auf den Befund von Gonokokken in der Decidua. Es ist durch diese Untersuchungen nachgewiesen, dass Gonokokken in das Decidualgewebe eindringen können und der gonorrhoischen Endometritis decidua ein anatomischer Begriff zu Grunde liegt.

II. Retrofixatio colli versus Ventro-Vesico-Vaginofixatio corporis Uteri.

Von

Dr. G. PAGENSTECHER

in San Luis di Potosi (Mexico)

Mit 5 Abbildungen.

I.

Die täglich sich mehrenden Berichte über Geburtsstörungen ernstester Art bei vaginofixirten Frauen, ja selbst über Todesfälle

in Folge der dadurch gesetzten Geburtshindernisse, mahnen uns eindringlich an ein Axiom, welches bislang von den vaginofixirenden Operateuren übersehen worden zu sein schien: nämlich dass in physiologischer Beziehung der Uterus als Fruchtträger anzusehen ist, dessen normale Bewegungsfähigkeit operativ niemals beschränkt werden sollte.

Nachdem so die Natur mit unverkennbarer Autorität sich dagegen ausgesprochen hat, dass der im Stadium der Fortpflanzungsfähigkeit stehende Uterus unnachgiebigen Fixationen künstlich unterworfen werde, dürfte in Zukunft die Vaginofixatio wohl nur für jenes Alter reserviert bleiben, wo naturgemäss keine Schwangerschaft zu erwarten ist, d. h. für das klimakterische Alter. In diesem Sinne fasse ich wenigstens die Aeusserung derjenigen Berliner Gynäkologen auf, die, wie J. Veit, in jener denkwürdigen Sitzung vom 8. Nov. 1895 dem allzugründlich aufräumenden Mackenrodt gegenüber die Vaginofixatio in Schutz nehmen zu müssen glaubten: ich meinerseits unterschreibe letztere Ansicht und glaube, dass auch in Zukunft die Vaginofixatio bei Beschwerden verursachenden mobilen Retroflexionen und bei beginnenden Uterusprolapsen älterer Frauen recht gute Dienste zu leisten berufen ist.

Die trüben Erfahrungen, welche letzhin in Folge der abnorm beschränkten Beweglichkeit des vaginofixierten Uterus zu Tage gefördert worden sind, mögen des Weiteren eine Warnung sein, bei jungen geschlechtsreifen Frauen den Fruchthalter ja nicht zu fest an die Bauchdecken zu fixieren, um nicht ähnlichen Misserfolgen sich auszusetzen: mit andern Worten, wir sollten principiell der Leopold-Czerny'schen Ventrofixation mit breiter Annähung des Fundus (gleichgültig ob wundgemacht oder nicht), zumal unter Anwendung von unresorbirbarem Material (wie Silkworm oder Silberdraht) nur bei Frauen in Anwendung ziehen, welche bereits in Menopause sich befinden. Bei jungen Frauen in voller Geschlechtsthätigkeit sollte ausschliesslich die Olshausen-Saenger'sche Fixation beider Uterushörner und zwar mit resorbierbaren Nahtmaterial geübt werden, um so wenigstens dem Uterus eine gewisse Beweglichkeit noch zu belassen. Denn wenn auch bisher im allgemeinen nur über günstig abgelaufene Schwangerschaften des ventrofixierten Uterus berichtet worden ist,[1]) so ist doch a priori aus den Erfahrungen mit vaginofixierten Uterus abzuleiten, dass ein in unnachgiebiger Adhaesion ventrofixieter Uterus zu ähnlichen Complicationen Anlass geben könnte[2]) (Abort, Uterusruptur, Ueberdehnung der hinteren Uteruswand etc).

---

[1]) Saenger: Ueber Schwangerschaft nach conservativer Ventrofixatio uteri. Centralbl. 1894 No. 4. Unter 100 Fällen wurden 12 rechtzeitig glücklich verlaufene Geburten beobachtet; 2 Kinder kamen tot zur Welt; ein Kind lebend im 8. Monat; ein Kind tot im 7. Monat. 2 Abortus im III. und VI. Monat; von 4 Fällen ist der Ausgang unbekannt.

[2]) Ist auch in dem bisher vereinzelt dastehenden Fall von Kaiserschnitt nach Ventrofixatio Uteri von Gubaroff geschehen (La Semaine méd., 1895, No. 29). S. auch die Arbeit von Miländer, aus der Gubaroff'schen Klinik, mit fortgeführter Litteratur über Schwangerschaft nach Ventrofixatio Uteri.

Welch grosse Rolle die ausgiebige Beweglichkeit des Uterus normaler Weise spielt, darüber haben uns die klassischen Untersuchungen von Bernhard S. Schultze[1]) aufgeklärt und gegenüber dem heutzutage überhandnehmenden Bestreben den Uterus künstlich zu fixieren und so seiner Beweglichkeit zu berauben, möchte ich von Neuem die Worte des Altmeisters wieder in's Gedächtnis rufen: „es ergiebt sich, dass eine nicht unbedeutende Beweglichkeit des Uterus und das spontane tägliche Stattfinden bestimmter ganz erheblicher Lageveränderungen wesentlich zur Definition der normalen Lage des Uterus gehört."

Diese von Schultze mit so grossem Nachdrucke betonte freie Beweglichkeit des Uterus wird bei Vaginofixatio sowohl wie bei Ventrofixatio in ganz erheblicher Weise beschränkt. Bei der erstgenannten Operation wird die Blase nicht allein in ihrer Funktion als „tragendes Wasserkissen" (wie ich sie nennen möchte) völlig ausgeschaltet, sondern noch über den Uterus hinweggehoben, während letzteres Organ in abnormer Anteversion unbeweglich fixiert wird. Schon von diesem Standpunkt aus muss die Vaginofixatio theoretisch als eine wenig physiologisch berechtigte Operation erscheinen, und praktisch hat das Sündigen gegen die physiologische Anordnung sich bereits schwer gerächt.

Was nun die Beweglichkeit des ventrofixierten Uterus anbetrifft, (speciell des nach Leopold-Czerny behandelten), so ist sie naturgemäss in hohem Grade beschränkt, so lange eine straffe Verbindung zwischen Uterus und Bauchwand besteht; glücklicherweise zieht sich im Laufe der Zeit die fixierende Narbe zu einem mehr minder langem Strange aus — ausgenommen in Fällen wo mit unresorbierbarem Material gearbeitet wurde — und der Uterus sinkt allmählich ins kleine Becken wieder zurück[2])

Dass ein solcher suspendierter Uterus eine ganz andere Beweglichkeit erlangt, als ein im strengeren Sinne des Wortes „ventrofixierter" Uterus, bedarf wohl keiner weiteren Erörterung: die Beweglichkeit hat eben proportional mit der Länge des Heftbandes zugenommen.

Wie steht es nun mit der Beweglichkeit eines vesicofixierten Uterus?

Von grosser Tragweite für die uns heute beschäftigende Frage sind nach meinem Dafürhalten die Ansichten Ziegenspeck's, die er auf Grund mühsamer anatomischer Forschungen in seiner Habilitations-Schrift[3]) niedergelegt hat, und ganz speciell möchte ich auf

---

[1]) B. Schultze: Die Pathol. u. Ther. der Lageveränderungen d. Gebärmutter. § 11, pag. 20.

[2]) Wenn Kelly auf Grund des späteren Ausziehens der Fixationsnarbe solche Uteri nicht für „ventrofixiert" hält, sondern für an der Bauchwand vermittels eines Heftbandes „suspendiert" so muss man ihm völlig beistimmen. Es wird eben im allgemeinen aus einer Fixatio uteri an der Bauchwand eine Suspensio uteri.

Kelly: Operation for the suspension of the retroflexed uterus. Johns Hopkins Hospital, Report on Gynaecology Vol II.

[3]) R. Ziegenspeck: Ueber normale und pathogene Anheftungen der Gebärmutter und ihre Beziehungen zu deren wichtigsten Lageveränderungen 1887.

zwei schematische Figuren hinweisen, welche dort unter No. 6 und 7 auf Tafel I gezeichnet sind. Figur 6 zeigt (hier Fig. 1) einen schematischen Sagittaldurchschnitt durch das Becken eines 14 jähr. Mädchens, wo der Uterus anscheinend noch nicht „in seiner Peritonealbekleidung hineingewachsen ist" sondern wie „ein Anhängsel der Blase „derselben aufliegt." Figur 7 (hier 2) stellt ein „Extrem dar, wo bei einem 7 jähr. Mädchen gar keine Excavatio vesicouterina vorhanden war, sondern das Peritoneum direkt vom Fundus auf die Blase überging."

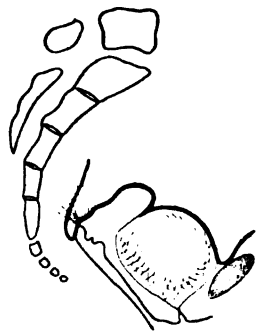


Fig. 1.

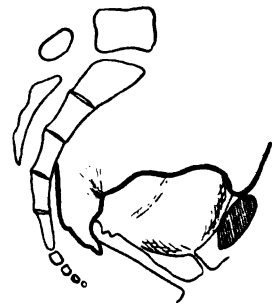


Fig. 2.

Ob dieser Mangel der Excavatio vesico-uterina durch Entwicklungshemmung, oder durch vorhergehende Entzündungen oder schliesslich durch operative Eingriffe erzeugt wird, ist meiner Ansicht nach von untergeordneter Bedeutung: das Endresultat ist das gleiche, nämlich eine enge Verbindung zwischen Uterus und Blase erzeugt durch das continuierliche Fortlaufen der peritonealen Bekleidung eine fast physiologische Anteversion des Uterus mit erhaltener Beweglichkeit. Von eventuellen Gefahren bei eintretender Schwangerschaft ist hier naturgemäss nicht zu reden, aber um so ungewisser müssen die Dauerresultate nach erfolgter Entbindung erscheinen. Wenn einmal der Uterus, wie Ziegenspeck sagt, „in seine peritoneale Bekleidung hineingewachsen ist," wenn die intimen Beziehungen zwischen Blase und Uterus durch intercurrierende Schwangerschaft gestört sind, wenn das Blasenperitoneum nicht mehr „direkt vom Blasenscheitel auf den Uterusfundus überspringt," wenn (um sich anders auszudrücken) die durch eine Operation unterdrückte Excavatio vesico-uterina durch die Entwicklung des Gebärmuttergrundes während der Schwangerschaft wieder secundär hergestellt ist, dann hört aller Wahrscheinlichkeit nach die durch eine Vesicofixatio hergestellte Anteversion auf, und der schwere puerperale Uterus hat volle Gelegenheit wieder rückwärts zu fallen.

Die eben auseinander gesetzten theoretischen Betrachtungen sind es nun, welche mich befürchten lassen, dass auch die Vesicofixatio über kurz oder lang ihr junges Leben beschliessen wird, trotz der so enthusiastischen Empfehlung meines Freundes Mackenrodt.

Schon seit einer Reihe von Jahren haben hervorragende Gynäkologen sich mit der Vesicofixatio beschäftigt: Werth,[1]) Pryor,[2]) Saenger[3]) und letzthin Wertheim,[4]) Westfalen[5]) und Mackenrodt[6]), und zwar sind beide Wege bereits beschritten worden, welche zur Excavatio vesico-uterina führen können: der abdominale und vaginale.

Die Erstgenannten schritten in ihren Fällen zur Anfheftung des Uterus an die Blase vom Abdomen aus, und zwar zumeist als Hülfsoperation neben einer Ventrofixatio, während Mackenrodt und Wertheim auf vaginalem Wege die Obliteration der Excavatio vesico-uterina zustande brachten (der eine ohne, der andere mit Eröffnung des Bauchfells): darin aber stimmen beide überein, dass sie neben der Vesicofixatio noch eine Vaginofixatio principell ausführen.

Noch einen Schritt weiter geht Mackenrodt neuerdings, wenn er angesichts der bösen Unfälle nach Vaginofixation diese Operation ganz fallen lassen will und in Zukunft sich lediglich auf die transperitoneale Vesicofixation beschränken wird.

Ob diese reine Vesicofixation als selbständige Operation in der Praxis sich bewähren wird, zumal bei jungen in vollem Geschlechtsleben stehende Frauen, ist eine offene Frage: ich für meinen Teil möchte in Hinblick auf das fast mit Sicherheit nach überstandener Schwangerschaft zu erwartende Recidiv der Vesicofixation keine zu lange Lebensdauer prophezeien, der abdominellen noch weniger als der vaginalen.

Handelt es sich aber um ältere Frauen, welche bereits im Stadium der Menopause stehen, dann würde ich es für unverzeihlich halten die Chancen einer definitiven Heilung dadurch zu verringern, dass man Theorien zu Liebe entweder eine abdominelle Vesicofixatio ohne gleichzeitige Ventrofixatio oder eine vaginale Vesicofixatio ohne gleichzeitige Vaginofixatio machen würde. Wo keine weitere Schwangerschaften zu erwarten sind, sollte man jenen alten Gemeinplatz beherzigen: „Doppelt genäht hält besser."

II.

Die im Vorstehenden geltend gemachten Bedenken waren für mich in der letzten Zeit ein Antrieb es wiederum mit der als abgethan betrachteten Retrofixatio colli uteri, practisch zu versuchen, denn um mich Mackenrodt's[7]) Worte zu bedienen, „die praktische Medicin ist eine energische Wissenschaft: sie kann nicht

---

[1]) Kelly, Amer. Journ. of med. sciences. März. 1888.

[2]) Pryor, A new operation for adquired retroversion and retroflexion 1893.

[3]) Saenger, Coelio-hystero-cystopexie. Centrbl. 1894 No. 38.

[4]) Wertheim, Centralb. 1895. pg. 466.

[5]) Westfalen, Ueber Vesicofixatio und Ventrovesicofixatio uteri. Monatsschr f. Geburtsh. und Gynäk. Bd. II. Heft 1.

[6]) Mackenrodt, Die Technik d. Vaginofixation in Beziehung zu den Resultaten derselben. Berl. Klin. 1894, No. 31, (vergl. auch die nach Abschluss der Arbeit von Pagenstecher in dieser Monatsschrift (Bd. III. S. 94) erschienene Mitteilung von C. Staude und die Demonstration von Kiefer: Ges. f. Geb. u. Gynäk. Berlin, 28. Febr. 1896. Z. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV. Heft 2. (D. Red.)

[7]) Monatssch. f. Geb. u. Gyn. Bd. III S. 73.

durch theoretisches Gezänk, sondern nur durch richtige Beobachtungen gefördert werden."

Wenn wir im Rubeška'schen Sammelbericht[1]) den kurzen Schlussartikel lesen, welcher der Retrofixation gewidmet ist, so können wir nicht anders als mit höchst geringen Erwartungen an sie herantreten, denn allem Anscheine nach haben alle Operateure, die in dieser Hinsicht arbeiteten (Frommel, Saenger, Stratz, Jacobs) schliesslich enttäuscht anderen Operationen sich zugewandt und anscheinend mit Recht bleibt die vernichtende Schlusskritik Rubeška's bestehen: „Alle diese Operationen blieben ohne Verbreitung."

Als Schüler Saenger's war ich häufig in der Lage von ihm die Retrofixation ausgeführt zu sehen, muss aber gleich hinzufügen, dass wir Assistenten schliesslich ebensowenig vom Dauerresultat erbaut waren als unser Chef. Meist wurde in einer Sitzung, wie es auch Jacobs[2]) angenommen hat, neben der Retrofixatio die Antefixatio gemacht, welche letztere Operation genau genommen geradezu als Armutszeugnis für die erste angesehen werden muss. Man machte demnach wohl die Retrofixatio, vertraute ihr aber im Grunde doch nicht ganz, sondern gab ihr noch eine Beihilfe mit auf den Weg.[3])

Ich benutze diese Gelegenheit, um offen zu bekennen — und ich hoffe, dass mein verehrter früherer Chef und jetziger Freund es mir nicht verübeln möge — dass die beabsichtigte Kürzung der beiden Douglasfalten in ihren praktischen Resultaten von jeher mir sehr problematisch vorgekommen sind. Man stach wohl auf beiden Seiten der Cervix in der Richtung des Douglas mit der krummen Nadel ein; der hoch im Rectum eingeführte linke Zeigefinger schützte dieses Organ vor Verletzung; die Nadel kam auch richtig im hinteren Scheidengewölbe wieder zum Vorschein; wohl blieb unmittelbar nach dem Knüpfen, zumal, wenn gleichzeitig die Antefixatio gemacht worden, der Uterus in schöner Anteversion liegen, was aber schliesslich in der Schlinge gefasst war, ob die eifrig gesuchten Douglasfalten auch wirklich erwischt worden waren, das blieb ein stets ungelöstes Rätsel. Und in der That liessen die Endresultate trotz Antefixatio so viel zu wünschen übrig, dass mit der Zeit Sänger selbst immer mehr von seiner Retrofixatio zurückkam.

Trotzdem bleibt es ein unleugbares Verdienst Sänger's wie für die Vaginofixatio corporis, so auch für die Retrofixatio colli theoretisch und praktisch zielbewusst den Antrieb gegeben zu haben und ich kann mir nicht versagen, seine eigenen Worte diesbezüglich zu citieren, um so mehr, als neben mir noch ein anderer Operateur, W. R. Pryor[4]) von New-York, auf dem von ihm vorgeschriebenen Wege fortschreitend, günstige Resultate erzielt hat.

---

[1]) Rubeška: Operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. II, S. 284.

[2]) Jacobs, Hystéropéxie double. VIII. Congrès franc. d. chir.

[3]) Es möge mir gestattet sein, hierzu auf meinen Vortrag: „Ueber vaginale Doppelfixur des Uterus." Centralbl. f. G. 1896. No. 9, S. 250 zu verweisen, worin doch in etwas anderer Darstellung die Rolle, welche ich der Retrofixatio colli Uteri beimass, angegeben ist. Sänger

[4]) W. R. Pryor. A new method of treating adherent retroposed uteri. Med. Record, 20. July 1895.

„Von Schultze und von mir ist wiederholt darauf hingewiesen worden, dass hier (Verkürzung der Douglas'schen Falten i. e. Retrofixatio) der physiologisch richtigste Anknüpfungspunkt einer operativen Behandlung der Retrodeviationen zu suchen sei. Der technischen Ausführung stehen aber gerade hier sehr grosse Schwierigkeiten entgegen, ganz besonders, wenn man von der Bauchhöhle herankommen will. Neuere Untersuchungen, die ich angestellt, aber noch nicht abgeschlossen habe, lassen es als sehr aussichtsvoll erscheinen, von der Scheide her durch Spaltung des hinteren Scheidengewölbes und Erregung einer aseptischen Entzündung durch Gaze-Tamponade oder durch Alkohol-Einspritzung eine derartige Verkürzung und Verdichtung des retrocervikalen Bindegewebes, sowie der Douglas'schen Falten herbeizuführen, dass dadurch der Uterus sich von selbst in Normallage erhalten kann.[1])"

Diese bereits 1890 von Sänger formulierte Idee, ist nun für mich der Ausgangspunkt geworden, darüber Betrachtungen anzustellen, in welcher Weise man von der Vagina aus das Collum so fest nach hinten fixieren könnte, dass mit Sicherheit ein Erfolg zu erwarten sei.

Bevor ich des Nähern auf die Art und Weise eingehe, wie ich die Aufgabe gelöst zu haben glaube, mögen einige einschlägige theoretische Erwägungen Platz finden.

Stellt man sich den Uterus als einen in labilem Gleichgewicht sich befindenden, aufrecht stehenden Körper vor, dessen Bewegungsaxe (Lig. cardinale) etwa in die Höhe des inneren Muttermundes zu verlegen wäre, so bietet er 2 natürliche Angriffspunkte dar, von denen eine wirkende Kraft ihn aus seiner senkrechten Lage in eine geneigte zu bringen vermag: sein oberes und sein unteres Ende.

Es ist ersichtlich, dass ein am Fundus in der Richtung von hinten nach vorn wirkender Zug den Uterus der Symphyse nähern d. h. ihn momentan in eine Anteversion bringen muss.

Um aus der momentanen Anteversion eine dauernde zu schaffen, braucht man sich den am Fundus nach vorn wirkenden Zug nur als konstant wirkend zu denken: mit andern Worten, alle am Fundus wirkenden Kräfte haben den Nachteil, dass sie denselben konstant in seiner Beweglichkeit stören und speciell ein Aufrücken in die Bauchhöhle (z. B. in der Schwangerschaft) erheblich erschweren. Das ist der Grund, warum ich auf Schultze's Definition fussend, alle Operationen für unberechtigt halte, welche während der aktiven Geschlechtsperiode dem Uterus seine Beweglichkeit rauben (Ventrofixatio und Vaginofixatio).

Ganz anders dagegen steht es mit der theoretischen Berechtigung derjenigen Kräfte, welche die Cervix zum Angriffspunkt nehmen. Halten wir uns wiederum an das Beispiel des in labilem Gleichgewicht senkrecht stehenden Uterus, so ist von selbst ersichtlich, wie eine an der Cervix in der Richtung von vorn

[1]) Sänger, Ueber Pessarien. 1890. S. 43.

nach hinten wirkende Kraft eo ipso den Fundus durch Hebelwirkung nach vorne bringen muss, und zwar hängt die Grösse des Ausschlages nach vorn hauptsächlich von 2 Umständen ab (die wirkende Kraft als eine gleiche betrachtet).

1. von dem Ansatzpunkt der Kraft
2. von der Richtung der wirkenden Kraft.

Bezugnehmend auf das beiliegende Schema, welches ich Sänger entnehme, ergiebt sich, dass, je näher der Queraxe a die Kraft ansetzt (z. B. bei i), um so geringer der Ausschlag des Fundus nach vorn sein muss, und dass ein um so grösserer Ausschlag erfolgen muss, je tiefer der Ansatzpunkt der Kraft zu liegen kommt (z. B. bei c). Die Frommel'sche Verkürzung des Lig. Douglasii nähert Punkt i dem Punkt d, bewirkt also in erster Linie eine Retroposition des Uterus und zugleich eine kleine Anteversion, entsprechend dem relativ kleinen Hebelarm a i.

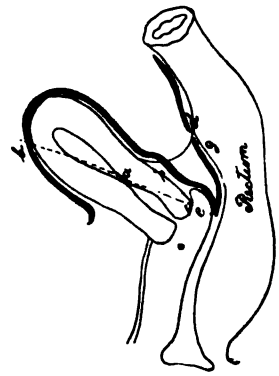


Fig. 3.

b oberster Punkt des Fundus.
c unterster Punkt der Cervix.
a Queraxe des Uterus bei Ante- und Retroversionen.
id lig. Douglasii.

Die Stratz'sche Operation eröffnet den Douglas bei e, und nähert Punkt c dem Punkt g nach Verödung des untersten Teiles der Douglas-Einstülpung, und bewirkt in erster Linie eine ausgiebige Anteversionsbewegung des Fundus gemäss dem längeren Hebelarm a c, und ausserdem noch eine Retroposition der Cervix.

Die Sänger'sche Idee einer Verkürzung des lig. Douglasii vermittels einer seitlich in der Cervix eingeführten Nadel kombiniert den Frommel'schen und Stratz'schen Operationsplan: durch Verkürzung der Douglasfalten wird i und d einander näher gerückt, und zugleich auch c dem Punkte d nähergebracht, durch Knüpfen der Schlinge, welche bei c eingeführt, über i d hinweggeht und bei e ausgeführt wird, wenigstens in der Theorie.

Meine im Folgenden zu beschreibende Retrofixatio eröffnet bei e den Douglas und näht Punkt e auf Punkt d, so dass einerseits der ganze Hebelarm unterhalb des festen Punktes a, das heisst

Hebelarm a c, zur Geltung kommt, andrerseits die wirkende Kraft anstatt direkt nach hinten, d. h. im Sinne einer reinen Retropositio, vielmehr schräg von unten nach oben d. h. im Sinne einer vermehrten Anteversio wirken muss.

Eins aber haben alle soeben berührten Methoden mit einander gemeinsam — und das ist der Kernpunkt der ganzen Frage — nämlich, dass Fundus sowohl wie Corpus in keiner Weise in ihrer Beweglichkeit gestört werden. Der retrocervical fixierte Uterus behält die volle Beweglichkeit seines Fundus, macht die physiologischen Excursionen der verschiedenen Füllungszustände der Blase mit, bleibt ein Beckenorgan, welches mehr oder minder stark der Blase sich auflegt und kann schliesslich unbehindert nach der Bauchhöhle zu sich entwickeln, falls eine Schwangerschaft eintreten sollte.

Verlassen wir jetzt das Gebiet der theoretischen Erörterungen und begeben wir uns auf den Boden der klinischen Erfahrung, so kennt jeder Praktiker den Einfluss, den eine chronische Parametritis posterior auf die Lage des Uterus auszuüben vermag.

Was nun pathologisch eine entzündliche Retraktion des retrocervicalen Bindegewebes zustande bringt, nämlich eine Anteversion des mobilen Uterus, das suchen wir durch Operation künstlich zu erzeugen, und zwar mit mehr oder minder grossem Erfolge, je nach der angewandten Methode.

Frommel[1]) machte die Verkürzung der Lig. sacro-uterina von der Bauchhöhle aus, stand jedoch bald von seinem Verfahren ab, weil wohl einerseits die Gefahren zu schwerwiegender Art waren, und andererseits die Erfolge nicht besonders befriedigend sein mochten.

Sänger[2]) wollte die beiden Douglasfalten von der Vagina aus verkürzen, des Weitern eine aseptische Verdichtung des retrocervicalen Bindegewebes unter eventueller partieller Verödung des Douglas erzeugen: indess auch er stand nach und nach von seinem Verfahren ab.

Stratz[3]) machte sich zur Aufgabe, von der Vagina aus den eröffneten Douglas durch Abschnüren zur Verödung zu bringen, um so dem Uterus ein für alle Male die Möglichkeit zu benehmen, nach hintenüber zu sinken. Dabei machte er zugleich ad hoc eine ziemlich umständliche Kolpo-perineorhaphie, so dass wohl zum Teil dieser komplicierte Mechanismus viel dazu beigetragen haben mag, dass seine Methode so wenig Anklang fand.

Dass schliesslich seine Kolporhaphie nicht unbedingt zum Erfolg nötig war, beweisen uns zwei seiner Fälle (I und XV), wo sie aus äusseren Gründen unterblieb und trotzdem ein vorzügliches Resultat erzielt wurde. Diese Thatsache blieb dann

---

[1]) Frommel, Zur operativen Behandlung der Retrodeviationen des Uterus von der Bauchhöhle aus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXVII, pg. 291.

[2]) Sänger, Ueber Retrofixatio colli uteri. Centralbl. f. Gyn. 1891, No. 44.

[3]) Stratz, Vaginale Operation der Retroflexio uteri mit Eröffnung des Douglas'schen Raumes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXI, 2.

auch Stratz selber nicht verborgen, und er äussert sich darüber folgendermassen:

„Dieser Fall (XV) lieferte mir den Beweis, dass die vorgenommene Resektion des Douglas mit nachfolgender Verwachsung allein im Stande ist, die Retroflexion zu verhüten und dass ich nicht etwa den Haupterfolg der Operation in der Bildung eines kräftigen Dammes allein zu suchen hatte."

Hätte Stratz sich lediglich an seine Resektion des Douglas gehalten, ohne auf seiner komplicierten Kolporrhaphie zu bestehen, so hätte er vielleicht mehr Anhänger gefunden; so aber ist dies trotz seiner vorzüglichen Resultate — in 93 pCt Erfolg — nicht geschehen.

Bevor ich nun des Genaueren auf meine Modifikation des Stratz'schen Verfahrens eingehe, möge es mir gestattet sein, auf die Rolle einzugehen, die der Douglas bei den verschiedenen Lageveränderungen zu spielen berufen ist. Des besseren Verständnisses halber beziehe ich mich auf 2 beigefügte Figuren, welche beide Schultze entlehnt sind.

In Fig. 4 sieht man, wie der in reiner Anteversion liegende

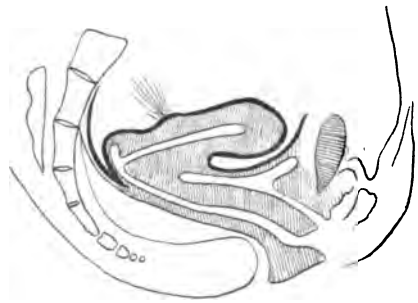


Fig. 4.

Uterus das hintere Scheidengewölbe so gegen das Rectum angedrückt hält, dass der Grund des Douglas nur virtuell besteht in Form eines peritonealen Spaltraumes, welcher sich zwischen dem oberen Drittel der hinteren Scheidenwand und dem Rectum einstülpt.

In Fig. 5 sieht man dagegen, wie der Douglasgrund in seiner vollen Breite pathologisch entfaltet ist, indem die Portio, infolge der hochgradigen Retroflexion die Vaginalwand nach sich ziehend, ganz nach vorn abgewichen ist, so dass an Stelle des normalen „peritonealen Spaltraumes" wir hier einen tiefen Trichter vorfinden, in welchen sich das retroflectierte Corpus bequem hineinlegt.

Wir sehen also ungezwungen aus diesen beiden schematischen Figuren, dass eine Entstehung einer Retroversio-flexio eine breite Entfaltung des Douglasgrundes ist unter gleichzeitigem Abweichen der Portio nach vorn.

Von diesen Verhältnissen ausgehend machte ich nun folgende Ueberlegungen:

1. Wenn es durch eine Operation gelänge, den Grund des Douglas ganz auszuschalten, so wäre damit von selbst ein Abweichen der Portio nach vorn ausgeschlossen, was an und für sich hinreichend wäre, einer Retroversioflexio entgegenzuarbeiten.
2. Wenn es fernerhin gelänge, die am Cervix nach hinten wirkende Kraft so hoch entspringen zu lassen, dass sie etwa um ein Geringes unterhalb der Queraxe des Uterus zu liegen käme, dann müsste bei voller Entfaltung der Kraft die Cervix so hoch nach hinten gehoben werden, dass der Fundus in fast horizontaler Anteversion nach vorn gehebelt würde; mit andern Worten: dann hätten wir (wenigstens theoretisch) eine ideale Retroflexiooperation, welche, ohne dem Fundus seine normale Beweglichkeit zu benehmen, denselben in konstanter Anteversion hielte.

Fig. 5.

Praktisch glaube ich die Aufgabe in folgender Weise gelöst zu haben.[1]) Nach gründlicher Desinfektion der Scheide, 24 stündiger Tamponade mit Jodoformgaze und nochmaligem energischem Abreiben unmittelbar vor der Operation führte ich nach Entleerung der Blase das kurze Fritsch'sche Speculum ein und zog die Portio mittels einer Hakenzange nach vorn. Dann fixierte ich mir mit Hakenzangen zwei seitliche Punkte hoch oben im Fornix und mich genau in der Mittellinie haltend schnitt ich zwischen ihnen die hintere Scheidenwand in einer Länge von 5—6 cm ein und drang langsam bis zum Douglas vor. Sobald dieser eröffnet war, stülpte ich meinen linken Zeigefinger in das Cavum Douglasii bis zum Grunde ein und schlitzte dessen vordere Wand auf. Dann liess ich die Cervix los, brachte dieselbe nach hinten oben in die Vagina zurück und liess mir zugleich durch einen Assistenten den Uterus in forcierter Anteversion fixieren.

[1]) Es handelt sich um eine Kranke mit mobiler Retroflexion, Metrorrhagieen und beginnendem Prolapsus des Uterus sowie der hinteren Scheidenwand trotz wohl erhaltenen Dammes.

Dann führte ich die Naht der gespaltenen hinteren Scheidenwand an der Vorderfläche des Rectum folgendermassen aus: der mit Gaze umwickelte hoch ins Rectum hineingeführte linke Zeigefinger bauchte einen möglichst hoch gelegenen Punkt der vorderen Rectalwand in die sagittale Scheidenwunde vor, hierauf wurde quer durch den eröffneten Douglasgrund hindurch eine mit Silkworm armierte krumme Nadel durchgeführt, welche nacheinander linken Wundrand der Vagina, linken Rand des geschlitzten Douglas, vordere Rectumwand, dann rechten Douglas- und Vaginalwand durchstach. Sofortige Knüpfung dieser ersten und untersten Naht. In dieser Weise wurden nacheinander 5 Nähte gelegt, indem man darauf achtete, dass immer nächst höher gelegene Punkte der Rectalwand in die Naht einbezogen wurden, was dadurch leicht erzielt wurde, dass die erst gelegten Nähte als Zügel dienend die bereits genähten Partien nach unten anzogen, während der in's Rectum eingeführte Finger immer neue und höher gelegene Teile der Rectalwand in die Wunde hineinstülpte.

Zum Schluss wurde in den obersten Wundwinkel ein schmaler Gazestreifen zur Drainage in die Bauchhöhle geschoben und die Vagina fest mit Gaze ausgestopft, wobei speciell darauf geachtet wurde, das vordere Scheidengewölbe zu entfalten, um so den Cervix nach hinten gegen das Rectum anzudrücken.

Die Folgen dieser Recto-Vaginofixatio Colli uteri waren die denkbar günstigsten: kein Fieber, kein lokaler Schmerz, keine Nachblutung. Nach 48 Stunden Wechsel der Scheidentamponade unter völliger Entfernung des Drainagestreifens.

Nach 8 Tagen Entlassung mit schön granulierender Wunde und mit in situ belassenen Silkwormfäden.

Nach nochmals 8 Tagen stellt sich die Kranke vor: Uterus in schöner Anteflexion, Narbe unempfindlich; ganz speciell wurden beide Douglasfalten betastet und ergaben sich als normal, d. h. frei von sekundärer infectiöser Parametritis posterior; keine Darmbeschwerden, speciell kein Schmerz bei der Defäcation.

Die Kranke wird auf 8 Tage wiederbestellt, um ein Thomas-Pessar sicherheitshalber einzulegen, während die Fäden erst nach 6 Wochen entfernt werden sollen.

In künftigen Fällen gedenke ich das hintere Scheidengewölbe in halbem Bogenschnitt zu eröffnen und die Wunde sagittal zu vernähen, um so den Cervix noch mehr nach hinten und oben zu verschieben.

Dass meine Bestrebungen die allgemeine Aufmerksamkeit wieder auf die Retrofixation zu lenken nicht unzeitmässig sind, beweist mir eine kleine Broschüre, welche ich Ende 1895 von einem New-Yorker Kollegen zugestellt erhielt, in welcher die Retrofixatio warm befürwortet wurde. Pryor[1]) eröffnet den Douglas, dringt bei eventuell fixierter Retroflexio hinter dem Uterus ein, löst mit dem Finger stumpf die bestehenden Adhäsionen und stopft schliesslich den Douglas mit steriler Gaze aus, um so durch aseptische Narbenschrumpfung die Cervix nach hinten zu fixieren, eine Idee, die, wie erwähnt, bereits 1890 Sänger anempfohlen

hatte. Nach dieser Methode sind bereits 7 Fälle mit gutem Endresultat operiert worden, von denen 2 durch den bekannten Brüsseler Gynäkologen Jacobs kontrolliert worden sind.

Es scheint demnach, als ob eine neue Aera für die Retrofixation einsetzen werde und, wenn ich es wage auf Grund eines einzigen, noch dazu kürzlich operierten Falles eine Operation zu empfehlen, so bin ich mir sehr wohl bewusst, mir dadurch manche anfechtende Kritik zuzuziehen.

Ich sehe mich veranlasst von vornherein die Gründe auseinanderzusetzen, welche mich trotzdem zur Publikation dieses einzigen, noch ungenügend beobachteten Falles bestimmten.

In erster Linie betrachte ich vorstehenden Aufsatz als eine theoretische Beleuchtung der Retrofixationsfrage gegenüber der Ventro- und Vaginofixation, sodass auch ohne Operationsfall meine theoretischen Betrachtungen vielleicht zur Klärung der Sachlage beitragen dürften.

Zweitens glaube ich durch meinen Beitrag soviel erreichen zu können, dass die Frage der Berechtigung der Retrofixation wieder auf die Tagesordnung gesetzt werde.

Drittens empfehle ich keine neue Operation, sondern nur die Modifikation eines Verfahrens, welches bereits in Händen von zwei Operateuren die schönsten Resultate gegeben hat (Stratz 14 Heilungen auf 15 Fälle; Pryor 7 Heilungen auf 7 Fälle).

Indem ich also die Fachgenossen bitte, vorstehende Arbeit unter den soeben entwickelten Gesichtspunkten kritisch betrachten zu wollen, spreche ich zum Schluss die Hoffnung aus, dass meine indirekte Retrofixation des Cervix mittels Recto-Vaginofixation praktisch sich ebenso bewähren möge, wie sie theoretisch berechtigt erscheint.

III. Ueber Vaginistriktur bei Prolaps.

Von

S. FLATAU

in Nürnberg.

Mit 1 Abbildung.

Am Ende des Jahres 1893 erschien unter dem Titel „Eine neue Prolapsoperation“ eine Mitteilung von H. W. Freund[1]), in der er empfahl, die Heilung bez. Zurückhaltung grosser Prolapse zunächst bei Greisinnen dadurch anzustreben, dass unter die Scheidenmucosa vom Ansatz der Vagina an die Portio begonnen bis zum Hymenalring eine Anzahl zusammengeschnürter Silberdrahtsuturen gelegt würden. Freund's kleine Mittheilung war von ihm als eine

[1]) William R. Pryor, A new method of treating adherent retroposed uteri. Med. Record, July 1895.

„vorläufige" bezeichnet worden, seinem Versprechen, weitere Mitteilungen zu machen, sobald die Erfahrungen hierüber ausreichend vorliegen, ist er bisher nicht nachgekommen. Etwa ein Jahr später erschien eine Arbeit von Justus Schramm[2]), die zunächst nachwies, dass der Vorschlag Freund's, der selbst schon bemerkt hatte, durch die Thiersch sche Naht bei Mastdarmvorfällen der Kinder auf seine Idee gekommen zu sein, auch in seiner Verwendung für den Prolaps der weiblichen Genitalien nicht neu sei, sondern dass schon Bellini[3]) im Jahre 1835 ein ganz ähnliches Schnürverfahren unter dem Namen Colpodesmorhaphie angegeben und ausgeführt habe, ferner dass Blasius[4]) sogar die definitive Heilung eines Gebärmuttervorfalls mittelst „kreisförmiger Ligaturen" erzielt habe. Schramm selbst hat die kleine Operation ausgeführt und hält sie in der Verbesserung Freund's — Verwendung von Silberdraht und Anlegen der Hymenalnaht — einer weiteren Prüfung für werth. Von ausländischen Gynaekologen hat Jacobs[5]) in ähnlicher Weise wie Freund operiert, doch mit dem gründlichen Unterschied, dass er in einer ersten Sitzung den Uterus vaginal exstirpierte und etwa 2 Monate später anstatt der von anderen Autoren vorgeschlagenen Plastiken die prolrabierten Scheidenwände durch submucös durchgelegte Fil de Florence-Nähte zurückzuhalten suchte. Der Bellini-Freund'sche Gedanke ist sicher dankbar und fruchtbar und doch finde ich in der mir zugänglichen Litteratur nur wenige Arbeiten über dieses Thema. Franck[6]) berichtet über 2 Fälle, in denen er genau nach Freund's Vorschriften operierend an 2 Greisinnen gute Resultate erzielt hat, Odebrecht[7]) stellte einen gleichen Fall in der Berliner gynaekologischen Gesellschaft vor, den er 48 Stunden zuvor operiert hatte und Schauta[8]) erzählt von drei Fällen, bei denen es in kurzer Zeit zum Durchschneiden der Fäden gekommen sei. In der englischen Litteratur berichtet nur Mundé von zwei ebenfalls mit Erfolg nach Freund jun. behandelten Prolapsen. Die wichtigste Publikation scheint mir die auf Veranlassung Baumm's von Gaertig[10]) veröffentlichte zu sein, weil sie den Hauptmangel vermeidet, der allen Publikationen über dieses Thema gemacht werden muss, nämlich die Publikationswuth, die im Enthusiasmus des augenblicklichen Erfolges keine kritische Sichtung vornimmt; ein Mangel, der leider überhaupt vielen in der gynaekologischen Fachlitteratur erscheinenden Arbeiten einen oft nur ephemeren Wert verleiht. Aber gerade bei den Encheiresen gegen den Prolaps berechnet sich der therapeutische Werth nur nach dem Dauerresultat. Baumm hat 7 Greisinnen operiert: von diesen waren 2 nach Ablauf eines Jahres noch geheilt, über eine konnte nichts ermittelt werden und in den 4 übrigen Fällen sind nach mehr oder weniger kurzer Zeit durch Herauseitern oder Durchschneiden der Drähte Recidive eingetreten. Von 6 kontrollierten Fällen gaben also 4, d. h. 66 pCt. einen Misserfolg, kein Wunder, dass Gaertig seinen Bericht mit den Worten schliesst, dass man Niemandem durch die Freund'schen Suturen auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit eine dauernde Heilung versprechen könne.

Ich nehme an, dass Versuche in gleicher Richtung auch an anderen Instituten mit dem gleich schlechten Dauerresultat gemacht

worden sind, dass man sie deswegen ebenso verschwiegen hat, wie uns Freund und Schramm ihre versprochenen Fortsetzungen schuldig geblieben sind. Auch mir ging es nicht besser: drei Frauen die ich genau nach den Vorschriften Freund's operiert hatte, boten zwar einen überraschenden momentanen Erfolg, kaum waren aber ein paar Wochen vergangen, als die Drähte zum Teil durchschnitten, zum Teil herauseiterten und der alte Zustand wieder da war.

Und doch wäre es eines hohen Preises wert, gegen diejenigen Prolapse alter Frauen, bei denen aus irgend welchen Gründen operative Methoden grösserer Art nicht angezeigt sind, ein gut und sicher wirkendes Repositionsmittel zu finden. Jeder Gynaekologe sieht in jedem Jahre eine Anzahl von hochgradigen Senkungen der weiblichen Genitalien mit Erschlaffung des gesamten Bandapparates, die oft allen Pessarien trotzen, besonders, wenn Atrophie der Beckenbodenmuskulatur und alte Dammdefekte den Fall komplicieren. Zu ihrer nothdürftigen Zurückhaltung muss man sich zuletzt zu einem der uns etwas antediluvianisch anmutenden Apparate entschliessen, wie sie Roser, Scanzoni, Lavedan, Hornby, Watsworth und Andere angegeben haben.

Die typischen Prolapsoperationen sind ja natürlich, wenn überhaupt ausführbar, bei grossen Vorfällen allen orthopädischen Apparaten vorzuziehen. Aber ein Theil der Leidenden weist einen blutigen Eingriff unter allen Umständen zurück und einem anderen Theil können wir ihn nicht mehr zumuten. Eine ausgiebige Kolporrhaphia anterior und posterior gleichviel nach welcher Methode ist meist ein langdauernder und recht blutiger Eingriff; in denjenigen schweren Fällen von Prolaps aber, für welche die Operation Freund's in Betracht zu ziehen ist, die meist mit Retroflexio uteri verbunden sind, entschliesse ich mich grundsätzlich und mit mir wohl ein grosser Theil der deutschen Gynaekologen noch zu einer Vagini- oder Ventrifixur, um eine annähernde Sicherheit gegen das nicht so seltene Recidiv zu erreichen. Schätzt nun der gewissenhafte Operateur die Gefahren, die erstens durch die lang dauernde Chloroformnarkose — Aether halte ich gegenüber dem Elasticitätsschwund der Lunge und des Brustkorbes bei Greisinnen nach eigenen schlechten Erfahrungen für contraindiciert — zweitens durch den Blutverlust, den Shock einer eventuellen Koeliotomie und, wie neuerdings Wyder[11]) mit Recht betont hat, die Möglichkeit einer Thrombose und Lungenembolie den Patientinnen drohen, und mustert er dagegen dann die oft schwachen, marantischen Individuen, die jenseits der fünfziger Jahre mit der Bitte um Hilfe erscheinen, so wird er gern einen Ausweg annehmen, der ihm gestattet, den Prolaps sicher, gefahrlos und dauernd zurückzuhalten und gewissermassen zu heilen.

Hierbei betone ich ausdrücklich, dass ich die Grenzen für die Freund'sche Schnürung sehr eng fasse, da ich sie nur bei Greisinnen für indiciert halte; bei allen Frauen, die noch cohabitationsfähig sind, halte ich den Versuch einer Einheilung von Silberdrahtringen, die aus dem elastischen Vaginalschlauch ein starres Rohr machen, für verwerflich und für gefährlich.

Die Beobachtung meiner missglückten Fälle hat in mir die Ueberzeugung geweckt, dass für das Durchschneiden und Herauseitern der Ringe 3 Ursachen veranlassend sind. Erstens beschuldige ich zu festes Schnüren, das durch mechanischen Druck die Blutgefässe abklemmt und die Mucosa vaginae zur Nekrose bringt, zweitens Infektionskeime, die ihren Eingang durch die Ein- und Ausstichöffnungen der Ringe nehmen, in dritter und wichtigster Linie aber die Art der Naht selbst, wie sie von Freund und seinen Nachfolgern geübt worden ist.

Der Druck der schnürenden Drahtschlinge wirkt concentrisch. Da nun die Drahtschlinge, wenn man nach Freund näht, nicht in einer Ebene liegt, sondern an den Ein- und Ausstichöffnungen dem ideellen Centrum sich stärker nähert, ihr Druck also gerade an den Stellen grösser ist, die durch die Verletzung der Mucosa schon einen locus minoris resistentiae bilden, so ist es leicht begreiflich, warum diese Art Naht so leicht zum Durchschneiden kommt.

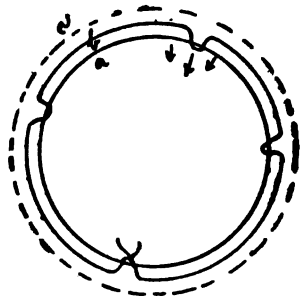


Fig. 1.

Ich habe dies Verhältnis an nebenstehender schematischer Skizze klar zu machen gesucht (a = Vagina, b = Drahtschlinge nach Freund, c = gänzlich versenkter Ring).

Der erste Uebelstand lässt sich natürlich leicht vermeiden, wenn man die Drähte nur so weit schnürt, dass das Lumen noch stark Daumendicke zeigt. Werden 3 oder 4 Ringe eingelegt, so besteht bei dieser Weite keine Gefahr eines Durchschlüpfens des Vorfalles. Die Infektion und das bei der früheren Methode erleichterte, ja sogar eingeleitete Durchschneiden der Fäden habe ich nun durch ein eigenes Nahtverfahren zu vermeiden gesucht, das ich in Folgendem kurz schildern will.

Befinden sich Excoriationen oder Decubitusgeschwüre an den prolabierten Genitalien, so lasse ich diese in Bettruhe mit geeigneter Lokalbehandlung erst vollständig abheilen. Soll dann der kleine Eingriff vorgenommen werden, so werden zunächst die Pubes rasiert, Vulva, Vagina und Portio durch Wasser, Seife, Alkohol und Sublimat sorgfältig desinficiert. Dass auch der Operateur den kleinen Eingriff mit sterilen Händen und Instrumenten ausführen muss, ist selbstverständlich. Als Nahtmaterial benutze ich reinen Silberdraht, den ich vom Silberarbeiter in der Dicke eines dicken Silkwormfadens herstellen lasse und dessen einzelne Fäden ich direkt vor der Naht noch ein Mal in einer Spiritusflamme ausglühe. Zur Führung der Sutur empfehle ich eine recht lange, leicht gekrümmte Nadel, die ich ohne Nadelhalter gebrauche, da die Hand für das Einhalten des richtigen Weges unterhalb der Scheidenhaut ein sichereres Gefühl hat. Eine Allgemeinnarkose ist überflüssig. Aber auch eine lokale Anästhesie mit 20proz. Cocaïnlösung, wie sie Schramm vorgeschlagen hat, oder noch wirksamer mit Aethylchlorid, habe ich bisher noch nicht vermisst, da die Mucosa alter Prolapse

meist verdickt und verhornt, ihre Empfindlichkeit auf ein Minimum reduciert ist. Ich habe übrigens die stete Erfahrung gemacht, dass weniger das Einstechen, als das Durchleiten der Nadel in submukösen Geweben, besonders im Septum recto-vaginale Schmerzempfindungen auslöst. Um nun die offenstehenden Ein- und Ausstichöffnungen zu vermeiden, gehe ich so vor: mit einem kleinen, scharfen Scalpell präpariere ich an den Stellen, an denen die Sutur ein- und ausgestochen wird, im rechten Winkel ein kleines Läppchen Scheidenhaut ab von etwa 0,5 Seitenlänge. Das Läppchen wird nun emporgehalten, die Nadel eingeführt, beim zweiten Läppchen herausgeleitet und gleich wieder zum nächsten Läppchen weitergeführt. Arbeitet man mit einer grossen Nadel, so genügen drei Läppchen für jede Sutur, selbst bei den grössten Prolapsen, besonders, wenn man den Kunstgriff anwendet, weniger die Nadel selbst aktiv zu bewegen, als vielmehr die schlaffen Scheidenwände über sie hinüberzuschieben. Ist die erste Circularnaht über der Portio angelegt, und nicht zu fest geschnürt, unter gleichzeitigem Zurückdrängen des Scheidentheils, so werden die Silberdrahtenden kurz abgeschnitten und umgebogen, sodass keine scharfen Spitzen bleiben. Heftet man jetzt die Läppchen mit einer Catgutnaht an ihren Platz wieder an, so ist die Aufgabe erfüllt, die Circularnaht vollständig versenkt zu haben. In gleicher Weise werden in Abständen die 2 oder 3 noch notwendigen Suturen nach dem Scheideneingang zu angelegt. Durch diese kleine Modifikation, die nur wenig Zeit mehr erfordert, als die ursprüngliche Freund-Bellini'sche, die ebensowenig schmerzhaft ist, und kaum ein paar Blutstropfen kostet, gelingt es, aseptisches Arbeiten vorausgesetzt, die einzuheilenden Ringe vor jeder ferneren Infektion und auch vor dem Durchschneiden zu schützen. Nach 2 oder 3 Tagen Bettruhe, die auch ein vielleicht sich einstellendes Oedem am Vestibulum beseitigen, werden die Patientinnen entlassen.

Ich will die Fachgenossen nicht mit monotonen Krankengeschichten ermüden, sondern nur bemerken, dass ich die kleine modificierte Operation in 3 Fällen mit bestem Gelingen angewendet habe, ohne dass sich bis jetzt, nach vielen Wochen, eine Spur von Reaktion oder eines beginnenden Durchschneidens gezeigt hat. Ich glaube mich daher für berechtigt zu halten, meine Neuerung den Kollegen zur Nachprüfung empfehlen zu dürfen.

Noch ein Wort über den neuen Namen Vaginistriktur. Eine Bezeichnung musste das Verfahren im Interesse der Kürze und der raschen Verständigung wohl haben und ich wählte den genannten, da er mir den Begriff gut wiederzugeben scheint. Die Jacobs'sche „Colpostricture" habe ich gern vermieden, um nicht durch eine unnötige hybride Wortbildung den Zorn philologisch empfindender Kollegen zu erregen. Sollte nun die kleine Modificierung das halten, was ich von ihr hoffe, so darf ich wohl für sie die Worte Schramm's in Anspruch nehmen, „dass die kleine, ungefährliche Operation bald Aussicht haben wird, als ärztliches Gemeingut die noch vielfach geübte Pessarbehandlung bei Scheiden- und Gebärmuttervorfällen alter Frauen gänzlich zu verdrängen."

Literatur:

1. C. f. Gyn. 1893 No. 47.
2. C. f. Gyn. 1894 No. 45.
3. Bull. delle scienze med. 1835.
4. Preuss. Vereinszeitung 1894 No. 44.
5. Arch. de tocol. et de gyn. Vol. XXI. No. 9 u. La Policlinique 1894 No. 16.
6. Prag. Med. Wochenschrift 1894 No. 18.
7. C. f. Gyn. 1895 No. 22.
8. Lehrb. d. gesammt. Gyn. p. 1104.
9. Z. f. Geburtsh. u. Gyn. B. XXXIV p. 124.
10. Med. Rec. 1895 Octob.
11. Volkmann's Vortr. N. F. No. 146.

IV. Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen auf Grund des gynäkologischen und geburtshülflichen Materials der Tübinger Universitätsfrauenklinik.

Von

Dr. EUGEN WINTERNITZ

Privatdocent und I. Assistenzarzt.

(Hierzu 9 Abbildungen.)

(Schluss.)

Das Resultat für die Kinder war in sämtlichen Fällen ein schlechtes. Drei Kinder wurden perforiert, und die 7 mit der Zange extrahierten kamen tot zur Welt.

Fragen wir nach der Zeit, welche die Kranken mit Harnfisteln vorübergehen liessen, ehe sie zur Untersuchung kamen, so wäre zu sagen:

3	kamen	2	Monate	nach	der	Geburt
4	„	3	„	„	„	„
1	kam	$4^1/_2$	„	„	„	„
1	„	6	„	„	„	„
1	„	$2^1/_2$	Jahre	„	„	„
10						

Die auffallend lange Zeit bei der letzten Patientin ($2^1/_2$ Jahre) erklärt sich dadurch, dass dieselbe anderwärts schon mehrfach ohne Erfolg operiert wurde und auch aus der hiesigen Klinik nach mehrmaligen vergeblichen Versuchen ungeheilt entlassen werden musste. Die übrigen 9 Kranken kamen zur Operation, sobald es ihnen ihr Zustand erlaubte, was bei einem so schrecklichen Leiden, wie einer Harnfistel, gut erklärlich ist.

Ueber die Art und Weise des Zustandekommens der erwähnten Fisteln wäre noch Einiges zu sagen. Die Ansicht der Autoren geht im Allgemeinen dahin, dass die Harnfisteln viel seltener durch

die operativen Eingriffe selbst entstehen, sondern Folge des anhaltenden Druckes bei lange dauernden Geburten bei engen Becken und Kopflagen sind. So sagt Fritsch: „mit Recht kann man behaupten, dass viel mehr Fisteln entstehen, weil nicht, oder weil zu spät, als weil zu früh operiert wurde."

Wenn auch diese Entstehungsart auf die Mehrzahl der Fisteln passt, so kann ich mich doch auf Grund unserer Fälle und nach genauer Durchsicht der Krankengeschichten nicht erwehren, anzunehmen, dass auch nicht selten durch die forcierten mit grosser Kraft ausgeführten Zangenoperationen bei hochstehendem grossem, hartem Kopfe eine Mortification des Gewebes mit nachfolgender Fistelbildung hervorgerufen werden kann, oder dass bei schon länger dauernder Geburt und schon beginnender Necrose des Gewebes die Fistelbildung resp. das Absterben des Gewebes durch stärkeren Druck bei der Zangenoperation auf die betreffenden Stellen begünstigt werden kann (cf. ad 2 und ad 3 pag. 138).

Ferner möge hervorgehoben werden, dass bei starker Neigung des Beckens und bei engem Schambogen gewiss auch ein schädlicher Druck auf das Gewebe ausgeübt wird, wenn die Zange zu früh gehoben und der Zug zu bald nach aufwärts gerichtet wird. Auf diese Weise schien mir in einem der erwähnten Fälle die Fistel entstanden zu sein.

In Beziehung auf die Ursache der Blasenscheidenfisteln sagt Zweifel (49), dass hochliegende Fisteln nicht durch die Zange, sondern durch Druckbrand entstanden sind, dass dagegen die tiefsitzenden, dem unteren Rande des Schambogens anliegenden Fisteln mit Wahrscheinlichkeit auf Durchreibung mit der Zange schliessen lassen.

Was die Zeit betrifft, wie lange bei unseren Kranken die Geburt schon gedauert hatte, bis die Zange angelegt wurde und wie lange Zeit nach der Geburt der Urin durch die Scheide abging, so wurde

die Zange nach 8 Stunden bei 1 Kranken angelegt
" " " 15 " " 1 " "
" " " 16 " " 1 " "
" " " 32 " " 1 " "
" " " 34 " " 1 " "
" " " 2 Tagen " 2 " "
" " " $2^1/_2$ " " 1 " "
" " " 5 " " 1 " "
" " " 7 " " 1 " "
10

Der Urin ging nur bei einer Kranken sofort nach der Geburt durch die Scheide ab (normales Becken, $2^1/_2$ tägiges Kreissen, Zange). Bei

2 Kranken am 2. Tage nach der Geburt
4 " " 3. " " " "
3 " " 4. " " " "

Im allgemeinen wird man sagen können, dass bei zweckmässiger, rationeller und wissenschaftlicher Behandlung der Geburt

beim engen Becken derartige so eingreifende und schwere Verletzungen sich vermeiden lassen.

Ueber den allgemeinen Gang der an der v. Saexinger'schen Klinik üblichen Operationsmethode und über die Nachbehandlung der operierten Fisteln habe ich im Centralblatt für Gynaekologie[1]) berichtet. Während wir bei manchen Fällen von Mastdarmdammrissen im Interesse des guten Endresultates Gewebe opfern, geht unser Bestreben bei den Fisteloperationen dahin, durch Narbenexcision oder Spaltung im Septum möglichst Gewebe zu schonen und zu sparen. Obgleich in einer Anzahl von Fällen schon bei der ersten Operation Heilung erzielt werden konnte, so war doch hie und da eine Nachoperatien in anderen Fällen notwendig. Letztere wird jedoch immer seltener, seitdem auch hier die Lappenmethode und die Loslösung der Blase vom Uterus bei den einzelnen Operationen zur Ausführung kommen.

Lageveränderungen des Uterus und der Scheide.

Um den aetiologischen Einfluss der Beendigung der ersten Geburt mit der Zange auf die Lageveränderungen des Uterus und der Scheide zu studieren, habe ich nur die entsprechenden Angaben der Kranken verwertet, die nach der ersten und der zweiten Geburt zur Untersuchung kamen, da bei einer weiteren Zahl von Geburten nicht mehr zu entscheiden gewesen wäre, ob gerade die 1. Zangenentbindung als solche die Ursache der Lageveränderung war.

Dass die Geburt und das Wochenbett als eine Hauptursache für das Zustandekommen von Lageveränderungen der Scheide und des Uterus anzusehen sind, ist allgemein anerkannt. Begünstigt wird dieses Zustandekommen durch Zangenentbindungen, besonders bei Erstgebärenden. In erster Linie spielt hier der Dammriss eine Rolle. Aber auch, wenn kein Dammriss entstanden oder wenn der Dammriss mit gutem Erfolg genäht worden ist, so wirkt die Zange doch noch in hohem Maasse begünstigend auf das Entstehen von Lageveränderungen der Scheide und des Uterus und zwar ganz besonders bei Zangenentbindungen Erstgebärender. Dadurch, dass der Kopf nicht allmählich die straffen unnachgiebigen Weichteile dehnen kann, sondern auf einmal durchgezogen wird, kann es zu übermässiger Dehnung des Beckenbodens, der Beckenmusculatur kommen, ja es kann auch ohne äusserlich nachweisbare Verletzungen zu Zerreissungen der Musculatur, besonders des Levator ani kommen. Die Folge hiervon kann eine dauernde Erschlaffung des Beckenbodens sein.

In manchen unserer Fälle konnten wir die schlaffen Muskeln fühlen, deren Bündel nicht mehr eng miteinander in Verbindung standen, sondern soweit auseinander gewichen waren, dass man die Spitze des Fingers dazwischen legen konnte. Das sind darum auch die Fälle, in denen kein Ring mehr hält. In einigen Fällen haben wir deutliche sehr schmerzhafte strahlige Narben im Levator ani gefühlt.

---

[1]) E. Winternitz, Zur Behandlung der Blasenfisteln, Centralblatt für Gynäkologie 1895, No. 15.

Auf diese Zerreissung, Dehnung und Erschlaffung ist bei der Besprechung der Aetiologie des Prolapses schon von verschiedenen Autoren aufmerksam gemacht worden (Saenger 38, Schatz, Schauta). Saenger sagt, dass die Dammrisse und Scheidenrisse häufig mit Zerreissung des Levator ani verbunden sind. Schauta hebt hervor, dass diese Verletzungen wegen der Unmöglichkeit der Vereinigung zu dauernden Erschlaffungen des Beckenbodens und dadurch später zu Prolaps und Descensus die Veranlassung geben können. Bei der Aetiologie des Prolapses der Genitalorgane erwähnt auch Pozzi (41), es sei geltend gemacht worden, dass der Musculus transversus perinei und der Levator ani subcutan zerreissen oder nachträglich nach dem Geburtstrauma gelähmt sein können, ohne dass an der äusseren Haut irgend welche Verletzung nachzuweisen wäre.

Als Ursache des Prolapses sieht W. A. Freund (18) die Thatsache an, dass bei der Extraction mit der Zange die Verschiebung des Geburtsschlauches auf der Unterlage häufig gesteigert wird und später dann die abgelöste Scheide mehr oder weniger vorfallen kann (Vgl. Fig. 1).

Bei unserer Zusammenstellung hat sich ergeben, dass von den 128 Kranken, die nach der ersten mit der Zange beendigten Geburt zur Untersuchung kamen,

49 = 38,2 pCt.

Lageveränderungen der Scheide und des Uterus hatten, darunter sind

10 = 7,8 pCt.

mit einem Vorfall der Scheide und des Uterus.

Von ganz besonderem Interesse ist die Zuzammenstellung derjenigen Kranken, bei welchen bei der ersten Geburt die Zange angelegt wurde und die erst nach der zweiten Geburt zur Untersuchung kamen. Von diesen

60 Zweitgebärenden

hatten — 39 Lageveränderungen des Uterus und der Scheide. Unter diesen hatten, was ganz besonders interessant und hervorzuheben ist, 20 Kranke, also $^1/_3$ = 33,3 pCt. der Zweitgebärenden, einen vollständigen Vorfall des Uterus und der Scheide.

Sehr wünschenswert wäre es gewesen, wenn man genauere Angaben und Aufzeichnungen darüber gefunden hätte, wie die zweite Geburt verlaufen ist und wie viel Zeit zwischen der ersten resp. zweiten Geburt und der Untersuchung lag. Wenn wir auch darüber keine genügenden Notizen haben, so kann trotzdem dieses interessante Resultat dazu verwertet werden, um zu zeigen, dass die Folgezustände nach Anlegung der Zange bei der ersten Geburt auch erst später eintreten können.

Die grosse Zahl von Kranken, welche nach der zweiten Geburt einen Vorfall bekamen, musste bei der Zusammenstellung auffallen.

Wie nun auch die zweite Geburt verlaufen ist, sei es mit oder ohne Kunsthülfe, jedenfalls müssen wir das gefundene Resultat

bezüglich der Lageveränderungen mit der ersten Zangengeburt in Zusammenhang bringen. Wir müssen uns fragen, ob sich dieser Zusammenhang auch erklären lässt. Ich glaube, man wird zu der Annahme berechtigt sein, dass bei der ersten Geburt (Zangengeburt) die mütterlichen Weichteile stark gedehnt, gelockert wurden und ihre normale Festigkeit und Elasticität eingebüsst haben. Vielleicht war auch ein Dammriss vorhanden. In Folge dieser Umstände wurde ein Descensus begünstigt. Die lokalen Verhältnisse waren aber noch derart, dass es zu keinem Vorfall kam, dazu bedurfte es eines neuen Anstosses, der mit der zweiten Geburt gegeben wurde. Wäre keine zweite Geburt erfolgt, so wäre es vielleicht gar nicht oder erst viel später zum Entstehen eines Vorfalls gekommen, oder umgekehrt, wäre bei der ersten Geburt die Zange nicht angelegt worden, so hätten die Weichteile ihre Straffheit, Elasticität und Festigkeit nicht eingebüsst und die zweite Geburt hätte vielleicht keinen Vorfall verursacht.

Nach unserer Zusammenstellung nimmt von den Lagenaomalieen besonders der Prolaps nach weiteren Geburten an Häufigkeit immer mehr ab.

Unter den 128 Erstgebärenden sind 49 mal = 38,2 pCt. Lageveränderungen aufgezeichnet und zwar verteilen sich dieselben folgendermassen:

	Retroflexio uteri	= 15
	Descensus uteri	= 5
	Desc. ut. et vag.	= 8
Prolapsus	vaginae ant.	= 2
	„ post.	= 7
	„ ant. et post.	= 2
	Prolapsus ut. et vag.	= 10
		49

Unter den 60 Kranken dagegen, bei denen ebenfalls die erste Geburt mit der Zange beendigt wurde, die aber erst nach der zweiten Geburt zur Untersuchung kamen, fanden wir 39 = 65,0 pCt. Lageveränderungen und zwar:

Retroflexio uteri	= 6
Desc. vag. post.	= 1
Desc. ut. et vag.	= 8
Prolapsus vag. a.	= 2
Prol. vag. ant. et post.	= 2
Prol. ut. et vag.	= 20 (!)
	39

Narben in der Scheide.

Ausser Dammrissen, die bei Erstgebärenden, welche mit der Zange entbunden werden, nur selten sich vermeiden lassen, findet man auch zahlreiche und verschiedenartige Verletzungen des Introitus, der Scheide und Portio; denn da wo später Narben nach-

zuweisen sind, waren Wunden. Solche Narben habe ich, seitdem ich besonders darauf geachtet habe, unter den 331 Kranken in grosser Anzahl und Verschiedenheit bezüglich der Menge, der Ausdehnung, des anatomischen Sitzes und bezüglich der Beschwerden, die sie verursacht haben, gefunden.

In einer Anzahl von Fällen waren es eben die Narben, welche als Grund und Ursache der Beschwerden angesehen werden mussten, und welche die Kranken veranlasst haben, gynaekologisch sich untersuchen zu lassen.

Dass auch bei normal und „natürlich verlaufenden Geburten" (Olshausen) Einrisse in der Schleimhaut der Scheide zu Stande kommen können, die sich später als Narben präsentieren, ist zweifellos. Diese Thatsache konnten wir öfters constatieren, zumal seitdem wir unser Augenmerk auf diese Verhältnisse gerichtet haben; auch Fritsch hat bei Frauen, die spontan niedergekommen waren, grosse Narben bis tief in's Scheidengewölbe gefunden.

Sicher ist es aber auch, dass derartige Verletzungen weitaus häufiger nach Zangenentbindungen, besonders bei der ersten Geburt vorkommen; denn auch bei leichten Zangen, sagt Münchmeyer (27), können bedeutende Risse der Scheide und des Mutterhalses entstehen.

Wenn wir auch wissen, dass die Scheidenrisse nach Zangengeburten auch ohne Dammverletzungen vorkommen können, so möchte ich mich doch nicht dem Rate R. Braun's (55) anschliessen, der sagt: „Man soll sich zum Princip machen nach schwierigen Zangenextractionen bei enger Vagina dieselbe nach Abgang der Placenta stets auszutasten um nicht tiefe Scheidenrisse zu übersehen." Dies scheint um so weniger notwendig, als dieselben „in den seltensten Fällen" bluten.

Bei diesem Austasten würde meiner Meinung nach, eher geschadet als genützt. Es lässt sich keine Grenze festsetzen, wann man nach den Rissen tasten soll und wann nicht.

Durch das Nachforschen nach diesen Verletzungen wird vielleicht eine Blutung, die nicht eingetreten wäre, hervorgerufen, ferner wird auch die Infectionsgefahr erhöht. Wenn keine profuse Blutung Anlass giebt, die Scheide freizulegen, was selten ist, so soll auch die Scheide ebenso wie das Uterusinnere nach der Geburt für den Arzt ein Noli me tangere sein.

Die Narben können verschiedene Ausgangspunkte haben, sie lassen sich an verschiedenen Stellen des Introitus und der Scheide nachweisen, woraus man auch auf die Art und Weise der Entstehung der Verletzungen einen Schluss ziehen kann.

1. Narben am Damm.

Da nach Zangenentbindungen Erstgebärender Dammrisse sehr häufig beobachtet werden, so werden die von den Dammrissen nach der einen oder nach beiden Seiten in die Scheide oder gegen den Introitus hinaufziehenden oder die Columna gablig umfassenden

Narben die häufigsten sein. Da über die Dammrisse nur wenige Angaben unter Berücksichtigung der Narben vorliegen, so konnten diese bei der statistischen Zusammenstellung der Scheidennarben nach Zangenentbindungen Erstgebärender leider nicht verwertet werden; die Zahl der Narben würde hierdurch bedeutend erhöht.

Nur einige Fälle möchte ich als Beispiele anführen, um zu zeigen, dass durch die Verletzungen am Damm und an der hinteren Scheidenwand in Folge von Narbenretraction ein Klaffen der Vulva zu Stande kommt und dass in solchen Fällen Teile miteinander verheilen, die nicht zusammengehören, wodurch eine Praedisposition für eine Anzahl gynaekologischer Leiden geschaffen wird.

1. Fall: W. S. Erstgebärende 24 j. Zange. Lebendes Kind. Dammriss. Seit der Geburt Ausfluss. Periode alle 14 Tage, 8—10 Tage lang. Blutverlust profuser als früher.

Status: Introitus vaginae weit klaffend, so dass die vordere und hintere Scheidenwand grösstenteils sichtbar sind. Das Klaffen ist verursacht durch eine Narbe, welche im unteren Drittel rechts am Introitus sich befindet und diese Gegend nach rechts herüberzieht. Uterus ist descendiert, retroflectiert, vergrössert. Die Scheide ist durch zahlreiche teils oberflächlich teils tief liegende schmerzhafte Narbenzüge verkürzt und gespannt: so zieht vom linken Einriss ein dicker Narbenstrang bogenförmig in's linke Scheidengewölbe, auch in der vorderen Scheidenwand sind schmerzhafte strahlige Narben.

2. Fall: B. Sch. 28 j. Erstgebärende. Nach 15 stündigem Kreissen mehrfache vergebliche Zangenversuche, die ein anderer Arzt vollendete. Lebendes Kind. Bald nach der Geburt Vorfall.

Status: Normales Becken. Vordere Scheidenwand nussgross prolabiert. Vom Damm nur wenig erhalten. Ein zipfelförmiges Stück der hinteren Scheidenwand ist weit nach vorne an die rechte Dammrisswunde angeheilt, auch links ist ein Stück der hinteren Scheidenwand in ähnlicher Weise fixiert, wodurch ein Prolaps der hinteren Scheidenwand zu Stande gekommen ist Der Krankengeschichte ist eine instructive Zeichnung beigelegt, welche ich hier wiedergebe (Figur 6).

Fig. 6.

2. Narben, ausgehend von Einrissen der Portio.

In einer Anzahl von Fällen findet man von den seitlichen Einrissen der Portio ausgehende straffe, meist im Bogen gegen den einen oder den anderen absteigenden Schambeinast verlaufende

Narben, welche die ganze Dicke der Schleimhaut durchsetzen, ja bis ins Parametrium hineingehen können, welches nicht selten infiltriert und schmerzhaft ist.

Die Entstehung dieser Verletzungen muss man sich wohl so denken, dass bei nicht genügend erweitertem Muttermund der Erstgebärenden die Zange angelegt wurde, dass dieser eingerissen ist und dass der Riss nach der Seite hin auf die Scheide sich fortgesetzt hat.

Für diese Art der Scheidennarben könnte ich eine grosse Anzahl von Beispielen hier anführen, ich will jedoch nur einige erwähnen:

1. Fall: F. G., 25 j., Erstgebärende. Zange. Kind lebend. $^1/_2$jähriges Wochenbett wegen Ulcera puerperalia, Endometritis, doppelseitiger Parametritis, Peritonitis. Heilung. Dammriss genäht, nicht geheilt.

Status: Weiter Introitus. Prolaps der vorderen und hinteren Scheidenwand. Links zieht vom linken Einriss der Portio durch die ganze linke Scheidenhälfte eine straffe, bogenförmige, sehr schmerzhafte Narbe zum linken absteigenden Schambeinast, wo das Gewebe an den Knochen fixiert ist.

2. Fall: M. H., 29 j., Erstgebärende. Zange nach nur 12 stündigem Kreissen. Totes Kind. Puerperalfieber (Parametritis).

Status: (5 Wochen p. p.) Der Mastdarm ist ca. 2 cm weit nach oben eingerissen. In der Umgebung des Risses sind frische Granulationen. Die hintere Scheidenwand ist durch den gabelig sich teilenden Riss zipfelförmig prolabiert. Von dem rechten Einriss der Portio setzt sich eine dicke, derbe, sehr schmerzhafte Narbe fort, die nach oben gegen den rechten Schambeinast verläuft. Die hintere Lippe ist in der Mitte eingerissen. Der Uterus ist durch Narben nach links fixiert. — Das linke Parametrium ist infiltriert, verkürzt und sehr schmerzhaft.

3. Fall: M. W., 23 j., I-para. Zange. Totes Kind. Dammriss am 11. Tage genäht.

Status: Allgemein gleichmässig verengtes Becken. Zwischen den Wundflächen des früheren Dammrisses ist in grösserer Ausdehnung ein losgerissener Zipfel der hinteren Scheidenwand eingeheilt. Scheide durch Narben verkürzt. Von den beiderseitigen Einrissen der Portio, besonders von links ziehen derbe Narbenstränge in das Scheidengewölbe hinein.

3. Scheidennarben.

In der Scheide findet man ferner auch Narben, die nach verschiedenen Richtungen hin verlaufen, ohne dass ein Ausgangspunkt nachzuweisen wäre. Diese Narben können in verschiedener Zahl auftreten und verschiedene Dicke haben, sie können nur oberflächlich sein, oder sie können bis in das Septum recto- oder vesicovaginale hinein gehen.

In manchen Fällen kann die Scheide völlig durchsetzt sein von straffen, derben, schmerzhaften Narbenzügen, sie kann ein Gewirr von balkenförmig angeordneten unnachgiebigen Narben und Strängen enthalten, so dass sie stark verkürzt wird und ein Abtasten des Beckens unmöglich wird. Häufig ist in solchen Fällen eine Portio nicht nachweisbar und der Uterus nicht herauszutasten. In einem von uns beobachteten Falle kam es zu völliger Atresie der Scheide mit nachfolgender Haematometra (s. auch Neugebauer, „Zur Lehre der angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide“ etc. cfr. Litteraturangabe). Die Schleimhautverletzungen können in einzelnen Fällen narbig so verheilen, dass brückenförmige Verbindungen zwischen Scheide und Scheide

oder Scheide und Portio entstehen, oder dass durch das narbige Gewebe taschenförmige Ausbuchtungen gebildet werden, in die man den Zeigefinger einlegen kann.

Diese Art der Scheidenverletzungen kann verschiedene Entstehungsursachen haben, die aber in ein und demselben Falle zusammenwirken können.

Die enge Scheide kann durch die Zange stark gedehnt werden oder es wird der Kopf zu rasch durchgezogen, so dass die Scheide zu schnell gedehnt wird und infolge dessen Verletzungen und Zerreissungen zu Stande kommen. — Liegen die Zangenlöffel dem Kopfe nicht gut an, so können „die Rippen" der Zange vorspringen, die Scheide verletzen oder sie an den Knochen andrückend durchquetschen.

In den Fällen, in welchen wir in der Scheide eine Menge von Narben und narbigem Gewebe finden, wie z. B. bei den Fällen von Harnfisteln, handelt es sich wohl meist um vorausgegangene Druckgangrän. Die nekrotischen Gewebsstücke stossen sich ab und an ihre Stelle tritt im Laufe der Zeit Narbengewebe, sodass es in hochgradigen Fällen zu Stenose und Atresie der Scheide kommen kann.

Beispiele.

1. Fall: M. K., 26jährige Erstgebärende, hat am 20. Juli 1881 geboren. Nach mehrmaligen Zangenversuchen wurde die Perforation gemacht.

Aufnahme am 17. Okt. 83, also ca. $2^1/_4$ Jahre nach der Geburt. Seit der Geburt war die Periode nicht mehr eingetreten, dagegen stellten sich alle 3 bis 4 Wochen Molimina menstrualia ein.

Status: Bei der äusseren Untersuchung fühlt man über der Symphyse etwas nach rechts einen länglichen Tumor, dessen oberer Rand handbreit über der Symphyse steht und der die Form eines vergrösserten Uterus hat. Derselbe ist ziemlich druckempfindlich. Der Finger dringt nur 4 cm in die Vagina ein; dieselbe ist ringsum blindsackförmig abgeschlossen und zeigt rechts und links Ausbuchtungen, die mit narbigem Gewebe ausgefüllt sind. Eine Vaginalportion, ein Muttermund oder sonst eine Oeffnung sind weder mit Spiegeln noch mit der Sonde aufzufinden. Vom Mastdarm aus tastet man sehr deutlich bimanuell den über faustgrossen, prallen, druckempfindlichen Fundus uteri und seine Verjüngung nach abwärts. Das Gewebe zwischen der Stelle der Atresie und der Portio ist derb und narbig verdickt anzufühlen. — Es wird die Diagnose Haematometra gestellt, welche sich am 6. Nov. bestätigte, an welchem Tage es gelingt, an einer Stelle, aus der Blut herausquillt, die Sonde einzuführen, so dass dieselbe über der Symphyse am oberen Rand des Tumors gefühlt wird. Durch Druck auf den Tumor entleert sich eine ziemliche Menge frischen und alten Blutes.

Weitere Fälle. 1. Ch. M., Erste Geburt Zange, seither Vorfall.

Status: Von der Vorderfläche der invertierten vorderen Scheidenwand zieht zur linken Seite der Portio ein ungefähr fingerbreites Schleimhautband brückenartig hinüber, unter dem man den Finger einführen kann.

2. M. F., Erstgebärende, Kind lebend. Zange.

Status: Von der Hinterfläche der Portio verläuft eine Narbe im Bogen nach links, durch welche eine Art Tasche in der hinteren Scheidenwand gebildet wird.

---

4. Narben am absteigenden Schambeinast.

Weitere Stellen, an denen man nicht selten nach Zangengeburten, besonders Erstgebärender, Narbengewebe findet, sind die absteigenden Schambeinäste und zwar befinden sich die Narben entweder in der Mitte oder im oberen Drittel derselben. Hieraus lässt

sich der berechtigte Schluss ziehen, dass die Weichteile an diesen Stellen bei den Zangenentbindungen verletzt worden sind. — Das Gewebe an den erwähnten Stellen ist diffus narbig, öfters auch trichterförmig eingezogen, mit dem Knochen verwachsen, auf demselben nicht mehr verschieblich. Gewöhnlich sind die Stellen auf Druck sehr schmerzhaft. Der Knochen ist manchmal an dieser Stelle der Narben uneben rauh und sehr druckempfindlich. Die Narben können mit den in der Scheide befindlichen in Verbindung stehen.

Das Entstehen der Verletzungen am absteigenden Schambeinaste ist auf einen direkten Druck der Zangenlöffel zurückzuführen. Das Gewebe wird zwischen der Zange und dem Knochen gequetscht und gerieben. Dies wird besonders bei engem Schambogen, stark geneigtem Becken dann vorkommen, wenn die Zange zu bald gehoben und der Zug zu früh nach aufwärts gerichtet wird. — Auch in den Fällen, in welchen nur der eine absteigende Schambeinast nach einwärts gekehrt ist, beobachtet man die Narben an der erwähnten Stelle. Diese Abnormität kommt gar nicht selten auch bei sonst normalem Becken vor. In solchen Fällen geht der Kopf verhältnismässig rasch durch das ganze Becken durch und bleibt im Ausgang stecken. Er ist lange sichtbar, die Kreissende presst stark mit und der Kopf wird nicht geboren. Es entwickelt sich allmählich eine Kopfgeschwulst, was ein Tiefertreten vortäuscht. Will man in solchen Fällen die Geburt mit der Zange zu Ende führen, so lässt sich der diesem Schambeinast entsprechende Zangenlöffel, wenn er nach oben zu liegen kommt, sehr schwer und oft nur direkt einführen, man hat keinen Platz zum Wandernlassen, was bei der Anlegung auffällt und auf die Abnormität aufmerksam macht. — Der Kopf zeigt dann an der diesem Schambeinast entsprechenden Stelle eine Abflachung.

Beispiele:

M. G., 29 j., Erstgebärende. Zange. Lebendes Kind.

Status: Die Vulva klafft. Die hintere Scheidenwand ist in Folge der Verheilung in den Damm sichtbar. Ein derber Narbenstrang zieht quer über den Damm nach links und oben zum linken absteigenden Schambeinast, wo der Knochen uneben und enorm schmerzhaft ist. Das Gewebe links am absteigenden Schambeinaste ist mit dem Knochen verwachsen.

5. Endlich wären noch diejenigen Narben und narbigen Gewebsstränge zu erwähnen, die von Verletzungen der Vaginalportion — ausschliesslich der seitlichen Einrisse — ausgehen. — Hier kommen Quetschungen der Portio durch den Kopf und die Zange in Betracht, woran anschliessend ein Teil der Lippe oder die ganze Lippe sich abstossen und später durch Narbengewebe ersetzt werden kann. In solchen Fällen findet man dann gewöhnlich auch zahlreiche Narben in der Scheide, da die Gewalteinwirkung eine allgemeine war.

Bei der Anlegung der Zange kann die Muttermundslippe teilweise oder ganz abgerissen worden sein. Der losgerissene Teil kann entweder an seiner alten Stelle anwachsen, so dass man später eine quer oder schräg verlaufende Narbe fühlt, oder der abgerissene Teil der Lippe bleibt zwar in Verbindung mit der Portio,

heilt aber an irgend einer Stelle der Scheide, wo ebenfalls Wunden sind, ein, so dass auf diese Weise manchmal durch einen narbigen Gewebsstrang eine brückenförmige Verbindung zwischen Portio und Scheide zu Stande kommt.

Beispiele.

1. Fall: Ch. M. 22 j. Erstgebärende. Zange. Totes Kind. Am 3. Tage spontaner Urinabgang.

Status: Die Scheidenschleimhaut enthält zahlreiche, sehr schmerzhafte Narben, durch welche die Scheide verkürzt wird. Von der hinteren Lippe ziehen nach beiden Seiten hin bogenförmige dicke sehr schmerzhafte Narben. Die vordere Lippe fehlt, an Stelle derselben ist eine halbmondförmige für die Fingerspitze durchgängige Oeffnung, die in die Blase führt. Hinter der Fistel ist der von Narbengewebe umgebene Muttermund zu fühlen. Plattes Becken, Conjugata vera = 6,8[1]).

2. Fall: E. S. Erste Geburt Zange. Kind lebend, stirbt am 3. Tage p. p.

Status: Ruptura perinei III. Prolapsus vaginae anterioris. Vom hinteren Drittel der vorderen Scheidenwand zieht ein Strang zur vorderen Muttermundslippe, hinter dem man bequem den Finger durchführen kann.

3. Fall: D. N. Erstgebärende. Zange. Kind?

Status: Descensus uteri et vaginae. $^2/_3$ der vorderen Lippe sind losgerissen, der äussere rechte Rand des losgerissenen Stückes ist mit der rechten Scheidenwand verwachsen, so dass man zwischen Scheide und abgerissenem Teil der Lippe den Finger durchführen kann.

4. Fall: Erste Geburt Zange.

Status: Die Vaginalportion hat links an der vorderen Lippe einen Einriss, durch welchen ein Stück abgetrennt und brückenartig an die linke Scheidenwand angeheilt ist.

Um einen Anhaltspunkt zu bekommen, in welcher Häufigkeit die einzelnen erwähnten Verletzungen resp. Narben zu einander vorkommen, mögen folgende Angaben dienen. Unter den 80 Fällen, in welchen Narben notiert sind, nahmen dieselben

38 mal ihren Ausgang von Einrissen der Portio,
28 „ fanden sich Narben in der Scheide ohne Zusammenhang mit der Portio,
10 „ fanden sich Narben am absteigenden Schambeinaste,
4 „ sind Teile der Portio losgetrennt worden und an der Scheide angewachsen.

80 mal

Fragen wir uns nun, ob diese Narben späterhin für die Frau gleichgiltig und ohne Bedeutung sind, so müssen wir antworten: in der Mehrzahl der Fälle sicherlich nicht! Gerade diese Narben sind es, welche manchmal einzig und allein solche Beschwerden und Folgezustände hervorrufen können, dass sie die Frauen für ihr ganzes Leben zu Unterleibsleidenden machen und zwingen, immer in ärztlicher Behandlung zu stehen. Welch' ein Einfluss dadurch auf das allmähliche Entstehen von nervösen und hysterischen Zuständen ausgeübt wird, möchte ich nur erwähnen, ohne näher darauf einzugehen.

Bei der Beurteilung und Besprechung derartiger Zangenverletzungen bei Erstgebärenden drängt sich immer wieder die

---

[1]) Siehe auch unter Harnfisteln im Centralblatt für Gynaekologie 1895. No. 15, wo ich diesen Fall ausführlich beschrieben habe.

Mahnung auf, bei der Geburt Erstgebärender der Natur ihre Rechte zu lassen, Geduld zu haben und in Hinsicht auf die Folgen bei Erstgebärenden nur in den dringensten Fällen zur Zange zu greifen. Die Erlösung von den Wehenschmerzen durch die Zange musste schon manche Erstgebärende mit einem chronischen Unterleibsleiden, das sich an die Geburt anschloss, teuer bezahlen.

Bei den

Folgezuständen,

welche diese Narben hervorrufen, kommen hauptsächlich die Narben in Betracht, welche von Einrissen der Portio ausgehend auf die Scheide sich fortsetzen. Die Intensität der Beschwerden hängt davon ab, wie tief die Narbe in das paravaginale Bindegewebe sich erstreckt, ferner davon, ob auch das Parametrium mitbeteiligt ist und endlich ob die Narbe auf den Knochen übergeht und das Gewebe an demselben fixiert.

Auffallend ist es, dass diese Narben auch noch lange Zeit nach der Geburt bei der Untersuchung schmerzhaft sind und eben diese Schmerzen, welche während der Untersuchung beim Betasten, beim Anspannen der Narben hervorgerufen werden, entsprechen nicht selten den Schmerzen, welche die Patientin spontan empfindet.

Ebenso wie bei der Untersuchung durch Dehnung der Narben Schmerzen hervorgerufen werden, so kann jedes Moment, welches ein Zerren der Narbe verursacht, dieselbe Wirkung haben. Hier wäre die Cohabitation zu nennen, welche wegen der Schmerzen, die sie hervorruft, manchmal unmöglich wird.

Die Anwendung der Bauchpresse kann ebenfalls die Schmerzen hervorrufen, vollends wenn gleichzeitig der Uterus fixiert ist. Beim Bücken, beim Heben und Tragen von Lasten, ja auch bei der Defäcation können die Schmerzen entstehen.

Da gleichzeitig sehr häufig auch Dammrisse vorhanden sind, so findet man nicht selten einen Descensus des Uterus. Ist der Uterus gross, schwer, drängt derselbe stark nach abwärts, ist vollends die Scheide fixiert, so kann durch diesen anhaltenden Zug infolge Zerrung der Narbe der Schmerz ausgelöst werden. Stützt man in solchen Fällen mit einem Celluloidring[1]) den Uterus, entlastet also gewissermassen die schmerzhafte Narbe, so verschwinden in manchen Fällen die Schmerzen und die Kranken fühlen sich bedeutend erleichtert.

Durch die tiefen Cervix-Scheidenrisse wird die Prognose des Wochenbettes wegen der Infektionsgefahr verschlechtert. Und in der That findet man auf der Seite der Narbe nicht selten gleichzeitig eine schmerzhafte Infiltration des betreffenden Parametrium. Man kann dann annehmen, dass sich die Verletzung bis ins Parametrium fortgesetzt hat.

Durch Retraction der von Dammrissen herrührenden Narben oder durch die Narben am absteigenden Schambeinast kann es zum

[1]) Wir benutzen jetzt ausschliesslich Celluloidringe und keine Mayer'schen Ringe mehr; cf. f. Winternitz: Ueber Fremdkörper in der Scheide und über Scheidenpessarien. Tübingen 1896.

Klaffen des Introitus kommen, was einen Katarrh der Scheide, des Cervix, des Endometrium, ferner aber auch einen Vorfall begünstigen kann.

In neuerer Zeit hat Czempin (47) darauf hingewiesen, dass diese Narben als Ursache vom Abortus angesehen werden müssen. Er sagt: „durch Schrumpfung der Narbe wird der Cervix der seitlichen Beckenwand narbig genähert, das Scheidegewölbe dieser Seite verkürzt. Die Folge davon ist die Aufhebung resp. Verminderung der physiologischen Beweglichkeit des Uterus."

Auch wir konnten einige Fälle beobachten, in welchem die den Uterus fixierenden Narben den Abortus veranlasst haben. Einen dieser Fälle will ich erwähnen.

B. K., 33 j. Erstgebärende. Lebendes Kind; nachher 2 mal abortiert. Fragt nach den Grund.

Status: Portio beiderseits tief eingerissen. Vom linken Einriss zieht gerade nach links auf die Scheide eine derbe, sehr schmerzhafte Narbe, durch welche die Portio nach links gezogen wird, und welche den Uterus fixiert. — Die Narbe ist als Ursache der zwei Abortus anzusehen.

(Folgt ein II. Theil.)

V. Die abdominale Radikaloperation bei entzündlicher Adnexerkrankung

Aus der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Cölner Bürgerhospitals (Geheimrat Professor Bardenheuer).

Von

Dr. R. BLIESENER

Assistenzarzt.

(Schluss.)

Betrachtet man die vorerwähnten 40 Fälle des Näheren, so findet man unter denselben 32 mit deutlich ausgesprochener Eiterbildung, während von den übrigen ein Teil (F. 29, 33, 34, 36) katarrhalisches Sekret gonorrhoischen Ursprungs in der Tube zeigte, ein anderer (F. 20, 31, 37) wegen hochgradiger Beckenzellgewebsentzündung mit andauernden starken Beschwerden zur Operation kam. Fall 5 ist eine Pyosalpinx tuberkulösen Ursprunges bei einer Patientin, die damals trotz eingehender Untersuchung von berufener Seite keinerlei Erscheinungen von Tuberculose bot, obwohl wir dem Verlauf nach annehmen möchten, dass die 4 Monate nach der Entlassung eingetretene Spitzenaffektion damals schon bestanden hat.

Eitererreger waren nachweisbar in folgenden 20 Fällen und zwar Bakteriengemisch 1 mal, F. 11.

Streptococcus pyogenes 1 mal, F. 3.

Staphylococcus pyogenes aureus 6 mal, F. 1, 15, 27, 32, 35, 40.

Gonokokken 12 mal, F. 2, 4, 6, 9, 13, 13, 22, 26, 28, 30, 38, 39.

Steril war der Eiter 12 mal, F. 7, 8, 10, 12, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25.

Bei den Fällen mit sterilem Eiter mag, wie erwähnt, der eine oder andere mit unterlaufen, in dem durch Kultur Gonokokken hätten nachgewiesen werden können, ebenso bei denen mit katarrhalischem Sekret.

Wollen wir die eitrigen Fälle noch präcisieren, so käme hauptsächlich eine anatomische Einteilung, wie sie L. Landau empfiehlt, in Betracht. Er fasst diejenigen Krankheitsbilder, wo die Eiterung sich nicht auf die vorgebildeten Adnexe, auf Tube oder Eierstock beschränkt, sondern wo das Nachbargewebe sich mitbeteiligt an der Eiterung, sei es das Subserosium, sei es das Peritoneum, unter dem Begriffe des complicierten Beckenabscesses zusammen. Als solche hätten wir zu bezeichnen die folgenden 16 Fälle, bei denen ausser der Eiterung in den Adnexen, eine solche der Umgebung vorlag: F. 1, 2, 3, 7, 11, 13, 17, 18, 22, 27, 28, 30, 32, 35, 38, 40.

Eiter kam zum Ausfliessen während der Operation in 13 Fällen: 1, 2, 3, 11, **13**, **17**, **19**, **23**, 28, 32, 35, 38, 40 (in den fettgedruckten Fällen war derselbe steril), jedesmal ohne Nachteil.

Fieber bestand zur Zeit der Operation in 6 Fällen: 3, 6, 11, 13, 14, 22.

In allen 6 waren Bakterien nachweisbar. Der Heilverlauf war bei sämtlichen ein glatter in Bezug auf das Verhalten der Beckenwunde und des Peritoneums. Bei Fall 14 war eine Eiterung in der Bauchwunde Ursache einer vorübergehenden Temperatursteigerung und machte eine secundäre Naht nötig.

Der Wurmfortsatz war in die rechtsseitige Adnexgeschwulst 7 mal hineinbezogen. F. 4, 5, 13, 18, 19, 21, 34.

Derselbe wurde 1 mal primär, 1 mal secundär exstirpiert, 2 mal wurde er durch eine Naht mit seiner Spitze an die parietale Serosa der Bauchwand ohne Spannung befestigt. damit ein Hineinwachsen in die Nahtlinie des Abschlusses verhütet würde, da durch dasselbe Zerrungen entstehen können. Im Falle 4 muss dem Verlauf nach zu urteilen der exstirpierte Wurmfortsatz eine Art Stumpfexsudat, das allerdings objektiv nicht nachweisbar war, gesetzt und peritonitische Reizungen verursacht haben. Die Patientin war heimlich aufgestanden. Sie konnte noch weitere 6 Monate im Hospital beobachtet werden und war die letzten 4 Monate völlig beschwerdefrei.

Im Falle 19, in dem der Processus vermiformis nur reponiert wurde, ist eine unbedeutende, vorübergehende Reizung in der Ileocoecalgegend zu verzeichnen.

Darmfisteln traten 2 Mal im Anschluss an die Operation auf, im Fall 9 und 38. Die Verwachsungen mit dem Darm und zwar dem Rectum waren beidemal sehr innige gewesen, so dass das Ereignis nicht unerwartet kam. Da im ersteren Falle die Rectovaginalfistel sich vergrösserte, musste sie nach längerem Abwarten operativ geschlossen werden. Bei der zweiten Patientin verkleinerte sie sich derart, dass, obwohl die Patientin sich der Pflege entzogen hat, anzunehmen ist, dass die Fistel sich bald spontan geschlossen haben wird.

Anamnese.	Status.	Operation.
1. Frau R. K. 0-par., 36 J. 14. XII. 94 bis 27. VII. 95, op. 5. IV. 95. Bei einer ca. 1 Jahr alten, mit Fieber und Blutungen nach Ausfluss entstandenen Adnexerkrankung tritt nach innerer Untersuchung ein retroperitonealer Staphylococcusabscess der Lebergegend auf, der am 22. I. incidiert wird. Die Unterleibsbeschwerden halten an.	April 1895. Uterus vergrössert, eleviert, nach vorn gedrängt, eingebacken zwischen 2 harte, breit ansitzende, fast unbewegliche Adnextumoren, rechts über faustgross, links kleiner. Fluor ohne Gonococcen.	5.IV. 95. Chloroformnarkose. Querschnitt. Verwachsungen mit Darm und Netz sind derart, dass sie die Herausnahme der Beckenorgane gestatten, ohne dass man mit der grossen Peritonealhöhle in Berührung kommt. Abschluss unter Erhaltung des gegebenen Situs. Eiter entleert sich links und rechts aus perim. Absackungen.
2. A. P. puella. 0-par. 23 J. 25. II.—15. VI. 95, op. 6. IV. 95. Peritonitische Reizungen auf gonorrhoisch. Basis seit 2 Jahren, jetzt wieder seit Februar mit starker Blutung.	Subnormale Temperatur —36,8 Abends. Uterus vergrössert, an die Symphyse gedrängt, geht beiderseits über in derbe, unbewegliche Tumoren, die das kleine Becken völlig ausfüllen. Gonokokken im blutigen Fluor.	6. IV. 95. Chloroformnarkose, adhaerentes Netz wird weithin abgetragen, adhaerente nicht laedierte Dünndarmschlingen reponiert, rechts fliesst Eiter aus den Adhaesionen, hoher Abschluss unter Benutzung einer hinteren Schwartenwand.
3. Frau M. A. m. par. 39 J. 3. IV.—23. VI. 95, op. 10. IV. 95; nach Curettment nach Abort. seit 1 J. dauernd unterleibsleidend, stärker seit 3 Wochen, mit Fieber, Fieber hält an.	Temperaturen zwischen 39 u. 40. Uterus eingebacken in Exsudatmassen, die rechts als über kindskopfgrosser derber Tumor das kleine Becken ausfüllen; links weicher, nicht so hoch reichend.	10. IV. Chloroformnarkose Querer Schnitt. Der völlige Abschluss der Beckenorgane von der grossen Peritonealhöhle wird nach Möglichkeit erhalten und benutzt zur Abdachung. Links Eiterausfluss aus dem Tubensack.
4. H. J., puella. 23 J. I-par. I Frühg. 5. IV.—1. XII. 95 op. 12. IV. 95. Gonorrhoe und peritonitische Attaquen seit mehreren Jahren, jetzt eine solche im Anschluss an Frühgeburt (Lues, faule Frucht) seit 8 Wochen.	Subnorm. Temperaturen —36,5 Abends. Uterus auf das Doppelte vergrössert, hinter demselb. Exsudatmassen, übergehend in die verdickten Seitenteile. Tube und Ovarium beiderseits durchfühlbar; erstere stark verdickt, letzteres vergrössert und fixiert.	12. IV. Chloroform. Processus vermiformis völlig eingebacken, in die rechtsseitigen Adhaerenzen hineinbezogen, wird exstirpiert, die Wundfläche retroperitoneal gelagert. Hoher Abschluss.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Rechts gänseeigrosser, conglutinierter Adnextumor, dem zerrissene perimetritische Abscessmembranen anhaften. Die Tube ist eine mehrkammerige, starrwandige, über daumendicke Pyosalpinx; in den Schwarten unter ihr Ovarialbestandteile. ein ca. pflaumengrosser Abscess folliculärer Abstammung. Das Ligament ist durchsetzt von strichförmig angeordneten, kleinen Abscedierungen. Links analoger Befund. Im Eiter allenthalben Staphylococcus pyogenes aureus. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis und Parametritis mit multiplen Abscedierungen. Pyosalpinx bilat. Ovarialabscesse.	Leichte Temperatursteigerungen in den ersten Tagen. Entlassen am 27. VII. 95. geheilt mit Leibbinde, nachdem fistulöse Eiterung im rechten Wundwinkel die Heilung verzögert hat.
Rechs faustdicker Adnextumor mit anhängenden peritonitischen Abscessmembranen, bestehend aus daumendicker, mit Eiter prall gefüllter Pyosalpinx. Darunter in den Schwarten, die parallel der Tube von kleinen strichförmigen Abscedierungen durchzogen sind, ein über pflaumengrosser, folliculärer Ovarialabscess. Links gleichfalls daumendicke Pyosalpinx und vereiterte Follikel in dem der Form nach besser erhaltenem Ovarium. Allenthalben Gonokokken zahlreich. **Diagnose.** Pyosalp. bil. Pachypelviperit. und Parametr. mit Abscedierungen, r. Ovarialabscess, l. Follikelpyovarium.	Schwere Pneumonie des r. u. l., dann des l. u. Lappens hemmt den Heilverlauf. Bauchwunde trotz des Hustens per primam verheilt. 15. VI. völlig geheilt entlassen; ohne Binde.
Ausgeprägte Metritis. Uterus auf mehr als das Doppelte vergrössert. Rechts hühnereigrosser Ovarialabscess und daumendicke Pyosalpinx, unter welche und parallel derselben kleine Abscedierungen das schwartige Gewebe durchsetzen. Links dünnwandiger, über daumendicker Tubensack mit Eiter. Stellenweise Ovarialreste. Im Eiter überall Streptokokken. **Diagnose.** Pyosalp. bil. Pachypelviperitonitis und Parametritis mit Abscedierung. Ovarialabscess rechts.	Höchste Temperatur nach der Operation 38,1. 23. VI. geheilt mit Binde entlassen.
Rechts und links über daumendicke starrwandige Pyosalpinxsäcke mit alten und frischen Adhaesionen. An der Hinterfläche des Uterus derbe schwartige Massen mit fibrinösen Auflagerungen. Ovarien beiderseits kleincystisch degeneriert mit derben Schwarten und frischen Adhaesionen. Im Tubeneiter beiderseits Gonokokken. **Diagnose.** Pyosalpinx bil. Pachypelviperitonitis, kleincystische Degeneration der Ovarien.	Heilverlauf wird gestört durch peritonische Reizung., als einziger Befund dabei Druckempfindlichkeit der Ileocoecalgegend. Die Reizungen schlossen sich unmittelbar an zu frühes Aufstehen gegen Erlaubnis an, wobei Pat. ohnmächtig zurückgebracht wurde. Bettruhe bis August. Wegen hartnäckigen luetischen Exanthems Entlassung erst im Dezember, geheilt, ohne Binde.

Anamnese.	Status.	Operation.
5. M. K. 22 J. Dienstmädchen. 0-par. 28. I.—22. VIII. 95. op. 7. V. 95. Fall auf den Unterleib vor $6^1/_2$ Wochen. Periode sistierte, heftige Schmerzen und Fieber. Beides besteht fort, wird verstärkt in den Menstruationsperioden.	Ende April Untersuchg. in Narkose. Hymen intakt. Unterleib in den unteren Partien leicht gedämpft. Uterus vergrössert, eleviert, wenig beweglich, zu beiden Seiten kleine harte, stark fixierte Adnextumoren, über dem links undeutlich durchfühlbaren Ovarium ein cyst. Tumor.	7. V. Chloroform-Aether, Zahlreiche Verwachsungen von Darmschlingen und Netz, sehr grosse Lymphocelen,[1]) Beckenserosa frisch entzündlich gerötet. Wurmfortsatz nur mit seiner Spitze verwachsen, wird gelöst und reponiert. Der Douglas ist obliteriert; hoher Abschluss.
6. L. E. 21 J. Magd. 0-par. 7. V.—24. XII. 95. op. 9. V. 95. Frische Gonorrhoe mit Adnexerkrankg., anhaltendem Fieber (seit 3 Wochen im Hospital).	Uterus anteflectiert, wenig beweglich. rechts Eierstock und Tube fixiert und vergrössert, links hühnereigrosser Adnextumor. Gonokokken im Fluor.	9. V. Chlorof.-Aether. Beckenserosa frisch entzündet mit feinem Belag. Im Douglas weiche fibrinöse Exsudatmassen. Hoher Abschluss.
7. Frau W. 31 J. I-par. 2. IV.—21. IX. 95. op. 11. V. 95. Seit 9 Jahren leidend nach fieberhaftem Wochenbett. Seit 1 Jahr Verschlimmerung durch mehrfache Nachschübe. So jetzt seit 5 Wochen mit Fieber, das bald nachlässt.	Uterus retroflectiert, fast fixiert, in alte Exsudatmassen eingebacken, die sich, das Becken fast ausfüllend, nach rechts erstrecken. Links Eierstock pflaumengross, unbeweglich. Darüber weiche verschiebbare Massen.	11. V. Chlorof.-Aether. Netz adhaerent mit Uterus und nach rechts hin. Hoher Abschluss.
8. Frau N. 27 J. m.-par. 19. IV.—26. VI. 95. Unterleibsleidend seit $^1/_2$ Jahr nach Partus, zunehmend seit 2 Monaten; ebenso Blutungen. 4 wöchentliche Behandlung ohne Erfolg.	Uterus vergrössert, fast unbewegl., antevertiert, rechts faustgrosser Adnextumor mit weichen cystischen Partieen, links hühnereigrosser, etwas beweglicher.	15. V. Chlorof.-Aether. Netz, eine Dünndarmschlinge und Flexur mit den Adnexen verwachsen, sie überlagernd. Rechts platzt eine taubeneigrosse, intraligamentäre Cyste. Dünndarm reponiert. Hoher Abschluss.

[1]) Ueber diesen Ausdruck s. Sänger, Centralbl. f. Gynäk. 1895, S. 1234.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Im Uterusfundus, nahe der rechten Tubenmündung zwei kirschkerngrosse, käsige Herde in der Muskulatur. Endometrium anscheinend unverändert. Die beiden Tuben enthalten dünnflüssigen, bröckligen Eiter, deutlich tuberc. Veränderungen, teilweise Knötchenbildung, teilweise gleicht die Schleimhaut tuberculösem Granulationsgewebe in Schleimbeuteln etc. Mikroskopisch bis tief in die Muskulatur kleine und grössere konfluierte Tuberkel. Beckenserosa ohne Knötchen. **Diagnose.** Pyosalp. bil. tuberc. Pelviperitonitis. Parametritis.	Heilverlauf und Hebung des Allgemeinbefindens nach Wunsch. Nirgends sonst tuberkulöse Veränderungen nachweisbar. Im Dezember kommt Pat. wieder zur Behandlung wegen beginnender Spitzenaffektion. Von ihren Unterleibsbeschwerden ist sie befreit.
Rechts: Tube kleinfingerdick, verklebt mit dem ödematösen Ovarium, catarrhalische Salpingitis. Links: Conglutinierter Adnextumor. In der daumendicken starrwandigen gestreckten Tube Eiter. Ovarien mit fibrinösen Auflagerungen, zahlreiche frische Adhäsionen. In beiden Tuben zahlreiche Gonokokken. **Diagnose.** Salpingitis bilater. gon. Pelviperitonitis acuta.	Ein Tupfer ist im Abschluss zurückgeblieben und verursacht nach anfangs gutem Heilverlauf einen praeperitonealen, über dem linken Poupartschen Band erscheinenden Abscess, der am 12. X. eröffnet wird. 24. XII. geheilt mit Binde entlassen.
Rechts geht der metritische stark vergrösserte Uterus über in ein derbes Gewebe, das nach rechts hin von erbsengrossen, parallel der Tube aneinandergereihten Nekrosen mit eingedicktem Eiter durchsetzt ist. Die Tube ist eine über daumendicke starrwandige Pyosalpinx mit eingedicktem Eiter, unter ihr Ovarialreste. Links eine weite, dünnwandige Hydrosalpinx mit alten Adhäsionen, Ovarium kleincystisch in derben Schwarten. Eiter steril. **Diagnose.** Pyosalpinx d. Pachypelviperit. u. Parametr. m. Abscedierungen. Hydrosalpinx sin. Perioophoritis bil.	Pat. blutet nach Stillung der Blutung von der Scheide aus. 21. IX. beschwerdefrei entlassen. Es bestehen links leichte Verdickungen an dem Stumpf. Nach 3 Mon. wieder aufgenommen wegen Schmerzen beim Stuhlgang. (Hysterie.) Wegen der früheren Netzadhärenzen und der linken Verdickungen Wiedereröffnung. Flexur wird mobilisiert, da sie infolge der Benutzung zum Abschluss scharf abgebogen erscheint. Geheilt geblieben.
Tube bildet rechts lateral einen dünnwandigen Sack, gefüllt mit dünnflüssigem Eiter. Im verdickten Ligament ausser kleinen Cystchen eine taubeneigrosse Geschwulst mit Ovarialresten in den Wandteilen. Links dickwandiger abgeschlossener Eitersack der Tube mit dünnem Eiter angefüllt. Ovarium plattgedrückt in derben fibrösen Massen. Eiter beiderseits steril. **Diagnose.** Pyosalpinx bilat. Pachypelviperit. u. Parametritis. Parovariale Cysten u. Follikelhydrops rechts.	Leichte Sekretretention in der Bauchwunde. 26. VI. mit Binde bei guter Narbe, geheilt entlassen.

Anamnese.	Status.	Operation.
9. M. W. 23 J. Dirne. 0-par. 24. IV. 95—12. II. 96. op. 21. V. 95. Im Anschluss an frische Gonorrhoe seit 4 Monaten Unterleibsentzündung. Fieber nach 8 Tagen (Hospitalbehandlg.) geschwunden.	Uterus gross, anteflectiert, eingebacken in harte Exsudatmassen, die links das kleine Becken ausfüllen. Rechts neben dem Uterus ein hühnereigrosser, etwas beweglicher Adnextumor. Die vordere Rectalwand ist durch den Adnextumor nach innen vorgewölbt.	21. V. Beim Auslösen des linken Adnextumors wird die Wand des Rectum in ihren oberflächl. Schichten verletzt. Hoher Abschluss über dieser Stelle.
10. Frau P. F., 49 J., m.-par. 24. IV.—1. IX. 95. op. 22. V. 95. Affection älteren Datums auf gonorrhoischer Basis. Zur Zeit frische Attaque. Menopause.	Uterus vergrössert, hinten hoch fixiert; rechtes Ovarium klein, platt, dicht am Uterus fixiert. Tube verdickt, linkes Ovarium ähnlich, darüber ein hühnereigrosser, cystischer Tumor.	22. V. Netz und Dünndarm rechts, links Flexur adhaerent. Douglas hinter dem Uterus ausgefüllt. Hoher Abschluss.
11. B. St., 23 J. puella, 0-par. 13. V.—20. VII. 95. op. 29. V. Gonorrhoe schon öfters, jetzt frisch seit 4 Wochen, angeblich früher gesund. Kein Abortus.	Collostrum in d. Brüsten. Andauernd hohes Fieber. Leib unten gedämpft. Uterus klein, nach vorn und rechts gedrängt. Hinter demselben gehen derbe Massen über nach links oben in eine weichere Geschwulst, die bis mitten zwischen Nabel und Symphyse reicht. Rechts kleiner, derber Adnextumor.	29. V. Zahlreiche Verwachsungen und Verklebungen von Dünndarmschlingen und Netz mit einem fast mannskopfgrossen, entzündlichen Tumor und mit der Bauchwand. Beim Lösen desselben vom Peritoneum parietale entleert sich fast 1 L. stinkender Eiter. Operation fast extraperitoneal. Hoher Abschluss unter Benutzung des erhaltenen Situs.
12. Chr. Str., 29 J., puella, 0-par. 9. V.—1. VII. 95. op. 30. V. 95. Unterleibsleidend seit 2 Jahren nach Gonorrhoe. Häufige Nachschübe, so jetzt seit 4 Wochen.	Neben dem anteflectiert. beweglichen Uterus die Tuben beiderseits etwa kleinfingerdick. Die Ovarien sind gross, weich, adhaerent. Neben dem Uterus rechts eine weiche cystische Geschwulst.	30. V. Netz ist verwachs. mit Uterus. Abschluss ist zum Teil nach Modus I möglich.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Links ein derbschwartiger Tumor von Gänseeigrösse mit starrwandiger, über zeigefingerdicker Tube und ödematösem Ovarium. Der Inhalt mehrerer Follikel ist eitrig getrübt. Hier wie im Tubeneiter zahlreiche Gonokokken. Rechts ähnliche Verhältnisse. **Diagnose.** Pyosalpingitis bilat. gon. Follikelpyovarium. Pachypelviperitonitis.	Es tritt eine Rectovaginalfistel nach links führend auf, die am 11. X. operativ geschlossen wird unter Abschluss der genähten Partie nach der grossen Peritonealhöhle mit Drainage nach aussen durch die Bauchwunde. Ein luetisches Exanthem hindert die Entlassung bis zum 12. II. 96. Geheilt, mit Binde ab.
Metritis. Rechts Tubenverschluss, Tube am abdominalen Ende sackartig erweitert mit catarrhalischem Sekret, sonst aber bleistiftdick. Ovarium in alten Schwarten. Alte und frische Adhäsionen. Links eine ziemlich dünnwandige über 2 Daumen dicke einkammerige Pyosalpinx, starke Schwartenbildung darunter, Eiter steril. **Diagnose.** Salpingitis, Perioophoritis dextr. Pyosalp. sin. Pachypelviperitonitis und Parametritis.	Thrombose im Gebiete der rechten Vena femoralis. Starkes Fettherz. 7 Wochen Bettruhe. 1. IX. mit Binde geheilt ab.
Neben dem Uterus rechts ein perisalpingitischer, wallnussgrosser extraperitonealer Abscess. Tube starrwandig, kleinfingerdick mit Eiter. Ovarium in Schwarten. Links ein fast mannskopfgrosser Abscess mit platter pyogener Membran. In der Wand Tuben- und Ovarialreste erkennbar. Es handelt sich um einen grossen Ovarialabscess. Im Eiter Bakteriengemisch. Eiter der rechten Tube steril. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis rechts. Perisalpingitischer Abscess und Pachypyosalpinx, links Ovarialabscess.	Leichte Bauchdeckenphlegmone ohne besondere Temperatursteigerung. 20. VII. mit Binde geheilt ab.
Rechts über hühnereigrosse parovariale Cyste mit Flimmerepithel. Tube rechts wie links über kleinfingerdick, links starrwandiger mit Eiter. Beide Ovarien kleincystisch, mit derbem Ueberzug. Alte und frische Adhäsionen. Eiter steril. **Diagnose.** Salpingit. bilat. gon., kleincystische Degeneration der Ovarien. Parovarialcyste rechts. Pelviperitonitis. adhäs.	Puls 3 Tage lang irregulär aber langsam. 1. VII. ohne Binde, beschwerdefrei ab.

Anamnese.	Status.	Operation.
13. E. W., 21 J., Kellnerin. 0-par. 24. V.—2. VII. 95 op. 1. VI. 95. Gonorrhoe mit Unterleibsbeschwerden vor 1 Jahr, jetzt wieder stärker mit Fieber seit 4 Wochen. Fieber hält an. Abends 40°.	Abdomen sehr druckempfindlich. Uterus nach vorne gedrängt, eleviert, hinter demselben und nach links ist das kleine Becken ausgefüllt durch eine teils derbe, teils cyst. Geschwulst. Rechts ein derber, fast unbeweglicher, hühnereigrosser Adnextumor.	1. VI. Zahlreiche Lymphocelen über den Beckenorganen, rechts Netz, Dünndarm und Wurmfortsatz adhaerent. Links platzt eine grosse peritoneale Eiterabsackung, ca. $^1/_2$ L. fliesst aus. Wurmfortsatz wird ausgelöst. Hoher Abschluss unter Mitbenutz. einer conservierten Schwartenschicht.
14. S. N., 20 J., Fabrikarbeiterin. I-par. 25. V.—21. IX. 95. op. 4. VI. 95. Gonorrhoische Unterleibsaffection seit 2 Jahren mit häufigen Attaquen, jetzt solche seit 3 Wochen bei frischer Infection. Fieber hält an.	Rechts liegt dem anteflectierten, wenig beweglichen Uterus das pflaumengrosse Ovarium an, darüber die Tube c. kleinfingerdick. Links hühnereigrosser, mässig derber, conglutinierter Tumor. Im Fluor Gonokokken.	4. VI. Hoher Abschluss.
15. G. O., 25 J., Fabrikarbeit. I-par. 11. V.—9. VI. 95. op. 6. VI. 95. Schmerzen im Kreuz und Unterleib seit 1888 nach fieberhaftem Partus. Periode sehr stark und schmerzhaft. Zeitweise Abends Fieber.	Uterus anteflectiert, vergrössert, wenig beweglich. Rechts ca. hühnereigrosser, mehr cystischer, wenig verschieblicher Tumor, links kleiner derber.	6. VI. Blase ist hochgezogen. Zwischen Blase und Uterus Narbengewebe. Blase wird eröffnet. Etagennaht. Dauerkatheter. Hoher Abschluss.
16. Frau G., 40 J., m.-par. 7. V.—29. VIII. 95. op. 10. VI. 95. Fieberhafte Attaque seit 3 Wochen; so öfters seit fieberhaftem Puerperium vor $2^1/_2$ Jahren.	Uterus vergrössert, retroflectiert, fixiert. Ovarien beiderseits, klein, hart, undeutlich, flächenhaft fixiert. Zahlreiche, sehr derbe Adhaesionen. Fluor ohne Besonderheit.	10. VI. Hoher Abschluss unter Mitbenutzung einer erhaltenen hinteren Schwartenwand.
17. C. H., 18 J., Ladengehilfin. 0-par. 22. V.—14. VIII. 95. op. 21. VI. Gonorrhoische Adnexerkrankung seit ca. 4 Monaten nach frischer Gonorrhoe.	Uterus nach vorne gedrängt, unbeweglich. Becken ist beiderseits völlig ausgegossen.	21. VI. Fluor links, Netz beiderseits adhaerent. Zahlreiche Lymphocelen, multiple perimetritische Eiterabsackungen platzen. Hoher Abschluss unter Mitbenutzung conservierter hinterer Schwarten.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Links: 2 Daumen dicke Pyosalpinx mit anhaftenden, dünnen peritonitischen Abscessmembranen. Ovarium kleincystisch. Rechts posthornförmig gewundener gänseeigrosser Adnextumor mit starker Schwartenbildung. Grosser Tubo-ovarialabscess. Ausserdem mehrere Follikel eitrig getrübt. Ueberall Gonokokken. **Diagnose.** Tubo-ovarialabscess rechts. Follikelpyovarium. Links Pyosalpinx, perimetritischer Abscess. Pachypelviperitonitis.	In den ersten Tagen Temperaturen von 38.0, 38.2, dann reaktionsloser Verlauf. 2. VIII. ohne Binde. beschwerdefrei ab.
Rechts in der kleinfingerdicken Tube catarrhalische Salpingitis. Ovarium mit derbem fibrösem Ueberzug, teils alten, teils frischen Adhäsionen. Links starke Schwartenbildung. In diesen eine c. 2 Daumen dicke starrwandige Pyosalpinx, darunter das Ovarium mit 3 c. kirschgrossen Abscessen. Ueberall Gonokokken zahlreich. **Diagnose.** Salping. gonor. dextr. Pyosalpinx und Ovarialabscesse links. Pelviperitonitis chronica et acuta.	In den ersten 3 Tagen hohe Temperaturen bei gutem Puls. Eiterretention in der Bauchwunde. Secundäre Naht 24. VIII. 21. IX. beschwerdefrei mit Binde ab.
Rechte Tube offen, leicht verdickt, mit feuchtem Sekretbelag. Ovarium in eine grosse Cyste aufgegangen. Linke Tube stärker verdickt, erweitert, offen, mit catarrhalischem Sekret. Im pflaumengrossen Ovarium ein kirschkerngrosser Abscess (Corpus luteum), 2 folliculäre Abscedierungen. Ligament verdickt. Alte und frische Adhäsionen. Im Eiter des Ovariums in der Cultur Staphylococcus pyogenes aureus. **Diagnose.** Parametritis, Pelviperitonitis, l. Pyovarium. Salpingitis bilat.	Abends Temperatur 36.5 bei 130 Puls. Zunehmende peritonitische Erscheinungen bei niedrig bleibender Temperatur. Am 3. Tage Exitus. Blasennaht und Abschluss intakt. Beckengewebe ohne Besonderheiten. Diffuse eitrge Peritonitis.
Metritis. Endometrium stark geschwellt, blass, rechts wie links Ausbildung derber, schwieliger Massen, in diese beiderseits eingelagert die starrwandige, verdickte und erweiterte Tube mit Eiter gefüllt, sowie die plattgedrückten Ovarien. Eiter steril. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis, Parametritis, Pyosalpinx bilat.	Heftige Bronchitis, Bauchwunde heilt trotzdem per primam; aber langsame Reconvalescenz. 29. VIII. geheilt mit Binde entlassen.
Es besteht ausgeprägte Schwartenbildung. Peritonitische Abscessmembranen hängen beiderseits an, zum Teil noch mit Eiter gefüllt. In den Schwarten beiderseits eine starrwandige, dicke Pyosalpinx, die Ovarialteile zerstreut, links eine pflaumengrosse vereiterte Parovarialcyste. Keine Gonokokken nachweisbar. **Diagnose.** Pachypelviperitonits mit multiplen Eiterhöhlen. Pachypyosalpinx bilat. Links vereiterte Parovarialcyste.	14. VIII. geheilt ohne Binde entlassen.

Anamnese.	Status.	Operation.
18. W. Th., 25 J., Magd, I-par. 7. V.—4. IX. 95. op. 24. VI. 95. Seit 2 Monaten gonorrhoische Unterleibsentzündung bei frischer Gonorrhoe.	Rechts vom anteflectiert. Uterus ein weicher, ca. hühnereigrosser Adnextumor, wenig beweglich, links kleiner, beweglicher. Fluor ohne Gonokokken.	24. VI. Netz und Wurmfortsatz rechts adhaerent. Letzterer nach Lösung durch eine Naht an die Serosa parietalis der Bauchwand fixiert. Hoher Abschluss.
19. Frau Sch., 25 J., m.-par. 1 Abort. 27. VI.—21. VIII. 95. op. 3. VII. Unterleibsleidend seit 4 Jahren nach fieberhaftem Wochenbett, Verschlimmerung seit 8 Wochen nach Abort. Fieberfrei.	Neben dem schweren, dicken Uterus rechts hoch kleines fixiertes hartes Ovarium, darüber die Tube verdickt. Links weicher, kaum beweglicher, hühnereigrosser Adnextumor.	3. VII. Rechts Wurmfortsatz adhaerent, wird gelöst und reponiert. Links entleert sich Eiter aus Tube und Ovarium. Hoher Abschluss.
20. Frau B., 29 J., II-par. 5. VII.—19. VIII. 95. op. 8. VII. 95. Leidend seit 8 J. nach Zangengeburt. Verschlimmerung seit weiterem Wochenbett vor 2 Jahren. Wiederholte vaginale Eingriffe. Menstruationsbeschwerden hochgradig.	Uterus rund, sehr dick, nach links gedreht, fixiert. Die Ligamenta lata bilden ein dichtes Narbengewebe, in dem einzelne derbe Stränge durchzufühlen sind.	8. VII. Blase hochgezogen. Zwischen Blase und Uterus starres Narbengewebe. Die derben, zähen Gewebsmassen lassen sich stumpf nicht lösen, sind kaum schneidbar. Abschluss unter Benutzung einer erhaltenen Schwartenwand.
21. J. R., 26 J., puella, 0-par. 8. VII.—4. IX. 95. op. 15. VII. Peritonitische Reizungen seit 3 Jahren nach Gonorrhoe. Jetzt seit 14 Tagen, anfangs mit Fieber.	Abdomen sehr druckempfindlich. Der grosse antevertierte Uterus geht rechts über in einen derben, kaum beweglichen Adnextumor. Links Ovarium hart, flächenhaft nahe dem Uterus fixiert. Tube verdickt.	15. VII. Verwachsungen mit Netz und Wurmfortsatz rechts, mit Flexur links. Wurmfortsatz wird gelöst, durch eine Naht an das Peritoneum parietale fixiert; hoher Abschluss.
22. B. G., 23 J., Näherin, 0-par. 24. VII.—28. VIII. 95. op. 26. VII. Andauernd unterleibsleidend seit 6 Monaten nach frischer Gonorrhoe, jetzt unter fieberhaften stärkeren Reizerscheinungen seit 4 Wochen. Fieber hält an.	Abdomen druckempfindlich, unten rechts gedämpft. Uterus völlig eingebacken, derbe Exsudatmassen hinter ihm gehen nach rechts über in einen Adnextumor, der das kleine Becken völlig ausfüllt. Links ein weicher, fluctuierender, c. faustgrosser Adnextumor. Im Cervicalsekret Gonokokken.	26. VII. Verdicktes Netz und ein Convolut Dünndarmschlingen sind mit den Beckenorganen und der vorderen Bauchwand verwachsen. Zwischen den Adhaerenzen kein Eiter. Zahlreiche Lymphocelen. Abschluss hoch unter Mitbenutzung conservierter schwartiger Teile.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Links catarrhalische Salpingitis bei verklebtem Fimbrienende und frischen Adhäsionen. Rechte Tube über daumendick, starrwandig, erweitert, voll Eiter. Im verdickten Ligament ein über kirschgrosser perisalpingitischer Eiterherd. Dem ödematösen Ovarium liegen Fibringerinnsel auf. Eiter steril. **Diagnose.** Salpingitis sin. Pyosalpinx dext., perisalpingitischer Abscess rechts. Pelviperitonitis.	4. IX. geheilt, mit Binde ab.
Rechte Tube leicht erweitert und verdickt mit verklebtem Fimbrienende und catarrhalischem Sekret. Ovarien in alten Schwarten. Links conglutinierter Tumor, bestehend aus über daumendicker Tube, deren verklebtes Fimbrienende einem grossen folliculären Ovarialabscess mit partienweise sehr dünner und eingerissener Wand anliegt. Eiter steril. **Diagnose.** Pyosalpingitis sin. links Ovarialabscess. Pelviperitonitis.	Fieber und Erbrechen bis zum 6. Tage, dann guter Verlauf. In der Ileococcalgegend besteht anfangs Druckempfindlichkeit. 16. VIII. geheilt mit Binde ab.
Uteruswand wohl auf das Dreifache verdickt. Die Tuben geschwellt und verdickt, rechts geschlossen. Die Ovarien beiderseits in einem fibrösen Narbenmantel. Zahlreiche zähe, alte Adhäsionen. Das Subserosium ist durchweg verwandelt in eine dichte zähe Narbenmasse. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis und Parametritis.	Heilverlauf wird gestört durch Aetherbronchitis. Bauchnarbe gut; Pat. steht nach 4 Wochen auf. 19. VIII., geheilt, beschwerdefrei entlassen.
Rechts: starke, ödematöse Schwarten schliessen eine starrwandige, dicke, zweikammerige Pyosalpinx ein. Darunter Ovarialreste. Links ist das Fimbrienende verklebt; die Tube voll catarrhalisch-eitrigen Sekrets. Zahlreiche frische und alte Adhäsionen. Nirgends Gonokokken nachweisbar. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis. Pyosalpinx d. Salpingit. sin.	Guter Verlauf. Nach 4 Wochen Aufstehen. Bleibt — 4. IX. im Bestand wegen Schmierkur. (Breite Condylome.)
Adnexe bilden mit dem Uterus einen einheitlichen derben Tumor, dem Fibringerinnsel und Adhäsionen zahlreich anhaften. Tube links ist eine sehr dickwandige, dabei weite Pyosalpinx, im Halbkreise angelagert einem grossen Ovarialabscess, in dessen Wand mehrere Follikel eitrig getrübten Inhalts sich vorfinden. Zwischen Tube und Ovarium mehrere perisalpingitische Abscesse. Rechts eine dünnwandige, aber voluminöse mehrkammerige Pyosalpinx, in den Schwarten darunter Ovarialteile. Zwischen Tube und adhärentem Netz eine grosse perimetrische Eiterabsackung. Ueberall Gonokokken zahlreich. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis, multiple intra- u. extraperitoneale Abscesse, links Ovarialabscess, Pyosalpinx bil.	Leichte Bronchitis, sonst guter Heilverlauf. 23. VIII. geheilt, ohne Binde ab.

Anamnese.	Status.	Operation.
23. H. O., 24 J., Magd, II par. 8. VII.—5. X. op. 19. VIII. Krank seit 2 Jahren nach 2. fieberhaftem Wochenbett, Stärkere Schmerzen unter Fieber seit 4 Wochen. Fieber hält 2 Wochen an.	Uterus hart, antevertiert, vergrössert. Rechts Scheide vorgebuchtet durch einen c. gänseeigrossen, cystischen Tumor, Douglas frei. Links Ovarium klein, fest fixiert tief an der hinteren Beckenwand. Tube leicht verdickt. Scheide rauh.	19. VIII. Flexur und Netz adhaerent. Eiter fliesst aus. Hoher Abschluss.
24. M. T., 22 J., Magd, I-par. 17. VIII.—5. XI. op. 28. VIII. Häufigere peritonitische Attaquen in den letzten 4 Jahren seit fieberhaftem Wochenbett (Wendung). Jetzt mit Blutung seit 14 Tagen, ohne Fieber.	Dem grossen, schweren, antevertierten Uterus liegt rechts wie links ein fast gänseeigrosser, cystischer, conglutiniert. Adnextumor an, beweglich. Der blutige Fluor ohne Gonokokken.	28. VIII. Abschluss im allgemeinen nach Modus I.
25. M. H., 33 J., Magd, I-par. 26. IX. 95—28. I. 96. op. 13. X. 95. Vor 10 J. fieberhaftes Wochenbett, seitdem zeitweise peritonitische Reizungen. Jetzt seit 14 Tagen unter Fieber, das nach 3-wöchentlicher Behandlung aufhört.	Neben dem vergrössert., anteflectierten, wenig beweglichen Uterus liegt rechts ein hühnereigrosser, derber, starr fixierter Adnextumor. Links Tube fast kleinfingerdick, Ovarium platt, klein, nahe am Uterus fixiert.	13. X. Dünndarmschlingen und Netz sind adhaerent. Beckenserosa injiciert, sonst meist alte Adhaesionen, sehr zäh. Abschluss hoch.
26. M. H., 23 j. puella I par. 8. X. 95—7. I. 96 op. 15. X. 95. Seit 3 J. im Anschluss an ein Wochenbettfieber, das am 2. Tag nach der Entbindung auftrat, öfters peritonitische Attaquen. Zur Zeit seit 14 Tagen. Gonorrhoe vor 4 Jahren.	Fieber hält 5 Tage an, jetzt fieberfrei. Hinter dem grossen, nach vorn gedrängten Uterus harte Exsudatmassen, nach links übergehend in einen hühnereigrossen, etwas beweglichen Adnextumor. Rechts das flache Ovarium hoch, fest fixiert. Tube verdickt.	15. X. Blase hochgezogen, am Blasenfundus Darmschlingen adhaerent; am Uterus schwartiges Netz. Abschluss hoch unter Mitbenutzung einer hinteren Schwartenwand.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Rechts: Tube erweitert zu Zeigefingerdicke. Wand wenig verdickt. Ovarium ist aufgegangen in einen über hühnereigrossen mehrfächerigen Abscess, der an einer papierdünnen Stelle eröffnet ist. Links ist die Tube wenig verdickt, verklebt mit katarrhalischem Sekret. Das Ovarium ist in alte Schwarten eingebettet. Keine Bakterien nachweisbar. **Diagnose.** Pyosalpingitis d. Ovarialabscess. Salpingit. catarrh. sin. Perioophritis sin.	In den ersten 4 Tagen erhöhte Temperaturen bei guter Bauchwunde. 5. X. geheilt mit Binde entlassen.
Metritis ausgeprägt. Rechts bilden Ovarium mit Tube und parovarialer Cyste einen ca. orangegrossen Adnextumor. Tube uterinwärts sehr brüchig und eng, geht über in einen dünnwandigen grossen Sack mit dünnflüssigem Eiter. Ovarium ist kleincystisch degeneriert, mit Schwarten überzogen. Links ein analog zusammengesetzter Tumor bei stärkerer Verdickung des Subserosiums. Eiter steril. **Diagnose.** Pyosalpinx bilat. Pelviperitonit. chronica. Kleincystische Degeneration beider Ovarien.	Höchste Temperatur am 2. Tage 38,0. Heilverlauf reaktionslos. 5. XI. mit Binde geheilt entlassen.
Die Tube ist links kleinfingerdick, fest geschlossen, im erweiterten Lumen trübes dünnflüssiges Sekret; Ovarium klein mit derbem fibrösem Ueberzug. Rechts über daumenbreite dickwandige Pyosalpinx. In den ödematosen Schwarten des unterliegenden Gewebes vereinzelte Ovarialteile. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis adhäsiva. Pyosalpinx dextr. Salpingitis catarrhalis sin.	Puls in den ersten Tagen zwar langsam, aber konstant aussetzend. Nach 8 Tagen leichte Sekretverhaltung in der Bauchwunde. 28. I. mit Binde beschwerdefrei entlassen.
Linkes Ligament schwielig verdickt, besonders das eigentliche parametrane Gewebe am Uterus. Linkes Ovarium kleincystisch, Tube bildet einen derben Eitersack. Rechts: Tube leicht verdickt, fest geschlossen, erweitert, mit katarrhalischem Sekret. Ovarium glatt in alter Schwarte. Links vereinzelte aber deutliche Gonokokken. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis und Parametritis Pyosalpinx sin. Salpingit. dextr., kleincystische Degeneration des link. Ovarium.	Naht heilt nicht ganz glatt. Pat. steht am 20. XII. auf, wird am 7. I. 96 mit Binde geheilt entlassen.

Anamnese.	Status.	Operation.
27. Frau Sch., 51 J. Kleidermacherin multipar. 2 Aborte. 13. X.—8. XII. 95 op. 17. X. Vor 15 J. Wochenbettfieber bei 12. Partus. Druck im Kreuz. Stuhlbeschwerden seitdem. Seit c. $^3/_4$ Jahr anhaltende Blutung.	Cachectische Person, fieberfrei. Uterus retroflectiert, fixiert. Links dicht neben und zum Teil hinter ihm ein teils derber, teils cystischer, fast unbeweglicher Adnextumor. Rechts das kleine, harte Ovar. dicht neben dem Uterus fest.	17. X. Aus mehreren perimetritisch. Absackungen entleert sich Eiter. Abschluss hoch.
28. A. B., 21 J., Magd, I-par. 8. 10. 95—7. I. 96. op. 23. X. Vor $1^1/_2$ Jahren Erkrankung im Spätwochenbett nach Ausfluss. Seit 2 Monaten anhaltende Schmerzen, anfangs mit Fieber.	Neben dem anteflectiert., wenig beweglichen Uterus rechts die Tube kleinfingerdick, Ovarium rund, pflaumengross. Links übergehend in den Uterus ein teils derber, teils cystischer Tumor von mehr als Faustgrösse, das kleine Becken ausfüllend. Fluor mit Gonokokken.	28. X. Links Verwachsungen mit Netz und Dünndarm, mehrere Lymphocelen. Links fliesst Eiter aus perimetritischen Absackungen. Hoher Abschluss.
29. L. R., 28 J., puella 0-par. 18. X.—8. XII. 95. op. 30. X. Seit mehreren Jahren peritonitische Attaquen, zuerst aufgetreten vor 4 Jahren nach Gonorrhoe. Jetzt seit 2 Wochen.	Uterus anteflectiert, fixiert. Tube beiderseits kleinfingerdick. Ovarium rechts in derbe Massen eingeschlossen. Links grösser, nahe dem Uterus fixiert. Fluor ohne charakteristische Gonokokken.	30. X. Rechts verdicktes Netz, links die Flexur in die Adhaesionen hineinbezogen. Abschluss zum Teil nach Modus I.
30. K. A., 30 J., puella, 0-par. 10. X.—30. XII. 95. op. 9. XI. Vor 8 Jahren Gonorrhoe, seitdem Ausfluss. Mehrfach wegen Perityphlitis behandelt. Seit 3 Wochen Schmerzen, anfangs mit Fieber.	Uterus gross, hinten flächenhaft fixiert. Die rechten Adnexe bilden einen hühnereigrossen, cystischen, beweglichen Tumor, die linken einen kleineren, fester verwachsenen.	9. XI. Verwachsungen nur mit der Flexur. Wurmfortsatz völlig frei. Hoher Abschluss.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Im Fundus kirschgrosser fibröser Polyp mit dickem Schleimhautüberzug. Die rechte Tube leicht verdickt, nach hinten umgebogen, mit dem Fimbrienende adhärent der hinteren Uteruswand, darunter das kleine, narbige Ovarium. An der Hinterwand des Uterus, nach oben und links die Reste perimetrischer Eiterherde, ein solcher noch intakter, taubeneigrosser wird nach oben begrenzt von dem linken Conglutinationstumor, der besteht aus einer stenotischen Pachysalpinx und grossem Ovarium mit vielen folliculären Abscessen. In den Kulturen des Eiters Staphylococcus pyogenes aureus. **Diagnose.** Multiple intraperitoneale Abscesse, Pyovarium sin. Pachysalpinx sin.	In den ersten 8 Tagen leichte Steigerungen bis 38,1. 8. XII. beschwerdefrei mit Binde ab.
Rechts frische Adhäsionen. Fimbrienende der frisch entzündeten Tube verklebt. Ovarium ödematös. Links starke ödematöse Schwarten mit aufgelagerten Fibringerinnseln. Die Tube ist eine mehrkammerige grosse Pyosalpinx, nahe einer Usur, ihrer Wand ein perisalpingitischer Eiterherd, von dem aus kleine strichförmige Abscedierungen nach dem Uterus hin verlaufen. Ueber hühnereigrosser Tubo-ovarialabscess. Perimetrische Abscesmembranen hängen an. Ueberall links Gonokokken, rechts nicht nachzuweisen. **Diagnose.** Salpingit. catarrhalis dextr., multiple perit. u. parametritische Abscesse. Pyosalpinx sin. u. Tubo-ovarialabscess.	Anfangs Temperatursteigerungen bis 38,7. Mehrere Nähte der Bauchwunde werden gelöst. Aufstehen am 6. XII. 7. I. mit Binde ab; geheilt.
Beiderseits Tube geschlossen, ca. kleinfingerdick mit weitem Lumen, ausgefüllt von katarrhalischem Sekret. Ovarium rechts sklerosiert, in alte Schwarten eingebettet, links mit vielen grossen Follikeln und teils frischen, teils alten Adhäsionen. Gonokokken keine. **Diagnose.** Salpingit. catarrh. bilat. Pelviperitonit. chronica et acuta.	Heilverlauf nach Wunsch. Mit guter Narbe, ohne Binde 18. XII. geheilt ab.
In den Schwarten des rechtsseitigen Tumors die starre enge Tube mit eingedicktem Eiter. Darunter pflaumengrosser Ovarialabscess, zu dem vom Uterus aus kleine strichförmige Abscedierungen führen. Die übrigen Ovarialteile verlieren sich lateral in den Schwarten. Links daumendicke Pyosalpinx. Folliculärer Ovarialabscess. Gonokokken links zahlreicher als rechts. Im Ovarialabscess rechts keine zu finden. **Diagnose.** Pachypyosalpinx dext. Ovarialabscess beiderseits. Pyosalpinx sin. Pachypelviperitonitis und Parametritis mit Abscedierungen rechts.	Puls langsam, aber irregulär, ohne sonstige Störungen. Pat. steht am 4. XII. auf und wird am 30. XII. geheilt entlassen.

Anamnese.	Status.	Operation.
31. Frau L., 36 J. m. p. 1 Abort. 6. XI.—18. XII. 95 op. 19. XI. Pat. leidet an Schmerzen im Unterleib, Druck im Kreuz. Dysmenorrhoe u. Menorrhagie seit 3 Jahren nach Abort. Curettement und lange konservative Behandlung Behandlung ohne Erfolg.	Uterus stark vergrössert, retroflektiert, fixiert, die Tuben beiderseits leicht verdickt. Links Ovarium fixiert, neben dem Uterus, rechts cystisch, gleichfalls fixiert; mehrere derbe Stränge fühlbar.	19. XI. Da durch die Lösung der Adhäsionen zahlreich blutende Flächen zurückbleiben, hoher Abschluss.
32. Frau D., 38 J., VI par. 19. XI.—27. XII. 95, op. 23. XI. Vor 2 Jahren fieberhaftes Wochenbett, ausgeprägte Osteomalacie folgend. Danach 1 mal längere peritonitische Attaque. Osteomalacie vorgeschritten.	Uterus vergrössert, retroflektiert, flächenhaft fixiert. Links Becken ausgegossen mit teils derben, teils cystischen Massen. Rechts ist das Ovarium tiefliegend, etwas beweglich, Tube leicht verdickt.	23. XI. Netz dem Uterus nach links hin adhärent. Aus perimetritischen Absackungen fliessen circa 200 ccm Eiter aus. Hoher Abschluss.
33. A. O., 20 J., puella 0 par. 4. VI. resp. 24. VIII. 95 bis 26. II. 96, op. 7. XII. 95. Im Verlauf einer frischen Gonorrhoe Schmerzen im Unterleib, Dysmenorrhoe trotz ca. 6 monatlicher Therapie zunehmend. Zeitweise Fieber.	Der objektive Befund gleichfalls zunehmend. In der Vagina eine fast circuläre Narbe mit geschwürigem Grund, die kaum den Finger passieren lässt. Fixation und Vergrösserung beider Ovarien, Tuben ca. kleinfingerdick. Im Cervicalsekret anfangs Gonok.	7. XII. Beckenserosa nahe den verklebten Fimbrienenden gerötet, mit feinem Belag. Ovarium rechts mit der Beckenserosa verklebt. Abschluss im Allgemeinen nach Modus I.
34. Chr. O., 21 J., Kindermädchen, 0 par. 15. X. 95 bis 23. IV. 96, op. 14. XII. Die hysterische Pat. im Juli angeblich wegen Perityphlitis und Ileus anderweitig laparotomiert, klagt seitdem über starke zunehmende Schmerzen, namentl. Magenbeschwerden. Früher Gonorrhoe.	Symptome von Netzverwachsungen. Der vergrösserte, anteflektierte Uterus ist fixiert. Beide Ovarien sind fixiert, das rechte taubenei-, das linke hühnereigross. Tuben beiderseits verdickt. Fluor stark, schleimig ohne Besonderheiten. Scheide granuliert.	14. XII. nach 2 monatl. nutzloser Behandlung. Netz in grosser Ausdehnung mit dem Peritoneum an der Bauchnarbe verwachsen, ebenso mit dem Fundus uteri. Wurmfortsatz nach rechts hin adhärent, wird reponiert. Die Beckenserosa ist frisch entzündlich gerötet. Abschluss nach Modus I zum Teil möglich.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Uterus metritisch. Subserosium narbig verdickt. Linkes Ovarium in einem derben fibrösen Mantel, rechtes kleincystisch mit Adhäsionen. Ebensolche an den leicht verdickten Tuben, von denen die linke geschlossen ist. Inhalt trübes Sekret ohne nachweisbare Bakterien. **Diagnose.** Retroflexio uteri fixata. Pelviperitonitis chronica, Parametritis. Kleincystische Degeneration des rechten Ovarium.	Heilverlauf glatt. Mit Binde 18. XII. auf Wunsch entlassen.
Ovarium und Tube rechts durch alte Adhäsionen verändert. Links der c. 2 Daumen dicken, mehrkammerigen, dickwandigen Pyosalpinx anliegend eine taubeneigrosse intraperitoneale Eiterabsackung. Ovarium in seiner Gestalt nicht differenzierbar in den fibrösen Schwarten des Ligaments, darin ein folliculärer Abscess. Im Eiter reichlich Staphylococcus pyogenes aureus in Cultur. **Diagnose.** R. Adhäsionen. L. Pachypelviperitonitis mit perimetrischen Eiterherden, Pyosalpinx, Ovarialabscess.	Höchste Temperatur 38.0. 23. XII. steht Pat. auf, geht ohne Stock besser als früher mit solchem. Sehnenreflexe sind nicht mehr erhöht. 27. XII. auf Wunsch entlassen.
Die Tuben sind an ihren Windungspunkten knotig verdickt, dazwischen erweitert, mit eitrig katarrhalischem Sekret angefüllt. Die Ovarien sind ödematös, die Adhäsionen frisch. Keine Bakterien nachweisbar. **Diagnose.** Salpingitis bilater. Pelviperitonitis acuta.	Heilverlauf glatt. 26. II. 96 mit Binde entlassen. Der Geschwürsgrund in der Scheide ist vernarbt.
Die Tuben sind beiderseits verdickt und erweitert, mit katarrhalisch-eitrigem Sekret angefüllt, das Fimbrienende ist beiderseits verklebt. Die Ovarien sind beiderseits kleincystisch. Einzelne frische Adhäsionen haften den Adnexen und dem Uterus an. Nirgends Bakterien nachweisbar. **Diagnose.** Salpingitis bilater. catarrh. Pelviperitonitis acuta.	Heilverlauf nur die ersten 10 Tage gut, dann Beschwerden ähnlich den früheren. Unbestimmte, aber sehr schmerzhafte Resistenzen fühlbar in den rechten Parametrien. Diagnose lautet auf peritonitische Reizungen durch Verwachsungen. 31. I. Laparatomie. Verwachsungen des Netzes mit der Narbe, bis zum Colon, abgetragen. Der Wurmfortsatz, stärker verwachsen, wird abgetragen. Heilverlauf gut, angeblich bestehen eine Zeit lang ähnliche Beschwerden wie früher. Bei der Entlassung, die auf Wunsch am 23. IV. erfolgte, klagte Patientin nicht mehr. Aussehen gut, objektiver Befund ergiebt nichts Abnormes.

Anamnese.	Status.	Operation.
35. Frau Br., 31 J., V-para. 4. XII. 95—12. II. 96, op. 17. XII. Vor 16 Jahren fieberhaftes Wochenbett. Jetzt Schmerzen und Fieber seit 3 Wochen.	Das kleine Becken links ausgefüllt von einer derben, unbeweglichen Geschwulst, die den retroflektierten, fest fixierten Uterus nach rechts drängt. Die rechten Adnexe undeutlich, durch Stränge fixiert.	17. XII. Links ausgedehnte Verwachsungen mit Netz, Flexur, Convoluten von Dünndarm. Zwischen den Adhäsionen Eiterabsakkungen eröffnet. Ureter hoch fast an der Kreuzungsstelle mit den Gefässen zerrissen. Beckenhöhle abgeschlossen und nach unten drainiert. Darüber ein zweiter peritonealer Abschluss für den Ureter mit Drainage nach aussen.
36. M. F., 22 J., Magd, 0-par. 18. X. 95—18. III. 96, op. 27. XII. 95. Vor $^1/_2$ Jahre Gonorrhoe, seitdem Schmerzen im Unterleib. Beschwerden stärker werdend trotz 2-monatlicher Behandlung.	Neben dem anteflektierten, beweglichen Uterus die Tuben beiderseits verdickt. Beide Ovarien gross, beweglich.	27. XII. Abschluss nach Modus I.
37. Frau B., 37 J., 0-par. puella. 18. XI. 95—17. III. 96, op. 31. XII. Gonorrhoe vor 10 Jahren, danach mehrfache peritonitische Reizerscheinungen. Jetzt wieder seit 3 Monaten. Starke Dysmenorrhoe in den letzten Jahren.	Uterus vergrössert, retrovertiert, fest fixiert. Linkes Ovarium hart, platt an der hinteren Beckenwand, tief neben dem Uterus. Allenthalben derbe Stränge, die einen genauen Befund hindern.	31. XII. Vor und hinter dem Uterus subseröses Narbengewebe. Blase hochgezogen, Douglas obliteriert. Zahlreiche Verwachsungen auch mit Netz und Flexur. Hoher Abschluss. Oper. ungemein schwierig.
38. A. G., 19 J., Dirne, 0-par. 25. XII. 95—17. III. 96, op. 3. I. 96. Gonorrhoe vor $1^1/_2$ Jahren. Schmerzen im Unterleib angeblich erst seit 4 Wochen. Fieber 5 Tage lang 39—40°.	Abdomen druckempfindlich. Uterus eleviert, anteponiert, völlig eingebacken; hinter ihm derbe Exsudatmassen, die rechts übergehen in einen teigigen, wenig beweglichen Adnextumor. Links ist das Becken von derben Massen völlig ausgegossen.	3. I. 96. Zwischen den der Bauchwand adhärenten Dünndarmschlingen eine erweichte Nekrose. Zahlreiche Verwachsungen, Lymphocelen. Bei einer gelösten Dünndarmschlinge Serosanaht nötig. Sonst nur Reposition. Aus perimetritischen Abscessen und der rechten Tube fliesst Eiter aus. Hoher Abschluss.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Der schwartige, über kindskopfgrosse linksseitige Adnextumor besteht aus einer grossen Pachypyosalpinx. Beim Durchschneiden der Schwarten stösst man auf mehrere Ovarialabscesse folliculären Ursprungs. Peritonitische Abscessmembranen haften an. Rechts Tube kaum verdickt, offen. Ovarium in alten Exsudatmassen. Im Eiter links Staphylococcus pyogenes aureus reichlich. **Diagnose.** Parametritis, Pachypelviperitonitis mit multiplen Abscessen. Ovarialabscesse, Pachypyosalpinx links, rechts Adhäsionen, Periophoritis.	Naht des Ureters hält nicht. 11. I. wird der untere Teil in den oberen invaginiert. Operation dauert $2^1/_2$ Stunde, neuer Abschluss. 22. I. Die Nahtstelle hat gehalten, indessen oberhalb derselben eine Wandnekrose. 4. II. Nephrectomie, zugleich Naht der am 16. I. perforierten Flexur. Pat. erholt sich nicht recht. 8. II. Verband blutig durchtränkt an der Bauchwunde. Bald darauf Exitus. Die Blutung war hervorgerufen, wie Sektion ergab, durch Perforation an der Nahtstelle des Darms durch einen harten Kotballen. Keine Peritonitis.
Tuben beiderseits verdickt. Weite über kleinfingerdick. Tubenverschluss, meist ältere dicke Adhäsionsstränge. In beiden Ovarien zahlreiche Retentionsfollikel. Keine Gonokokken. **Diagnose.** Salpingitis bilat. catarrh. Pelviperitonitis adhäsiva.	Im unteren Winkel der Bauchwunde Retention. 18. III. geheilt, mit Binde ab.
In den sehr derben narbigen Massen, die in den verdickten Uterus übergehn, liegt beiderseits die starrwandige stenotische Tube. In den Narbenmassen rechts Ovarialteile. Links Ovarium besser differenziert. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis und Parametritis chronica. Pachysalpingitis bilateralis.	Heilung wird durch starke Bronchitis gestört. Trotzdem Wunde per primam. 17. III. geheilt, mit Binde ab.
In den sehr starken, ödematös durchtränkten Schwarten liegt rechts eine zweidaumendicke, weite Pyosalpinx, peritonitische Abscessmembranen anhaftend, ähnlich links. In beiden Ovarien Follikel mit eitrig getrübtem Inhalt. Die Schwartenbildung links stärker. Allenthalben Gonokokken. **Diagnose.** Pyosalpinx bilateralis. Parametritis und Pachypelviperitonitis mit intraperit. Abscessen. Pyovarium bilater.	Bauchdeckenphlegmone nötigt zur Entfernung der Nähte. Den aus der Vagina entfernten Streifen haftet Kot an. Secundäre Naht der Bauchdecken am 21. II. Die Naht der Fascie hatte gehalten. 20. III. Aufstehn. 11. IV. Patientin entzieht sich der Behandlung, Kotfistel fast geschlossen. Kein Stumpfexsudat.

Anamnese.	Status.	Operation.
39. M. G., 27 J., Magd, I-par. 27. XII. 95—30. IV. 96, op. 14. I. 96. Vor 4 Jahren gut verlaufener Partus. Gonorrhoe nicht zugestand. Im Sommer angeblich Perityphilitis, c. 2-monatliche Krankenhausbehandlung. Jetzt Schmerzen u. Fieber seit 3 Wochen.	Uterus gross, wenig beweglich, antevertiert, rechts mit ihm verbacken ein fast gänseeigrosser, derber, starr fixierter Adnextumor. Links Tube verdickt, Ovarium undeutlich in harten Exsudatmassen. Im Fluor Gonokokken.	14. I. 96. Netz und Darm mit dem rechten Adnextumor teils verklebt, teils verwachsen. Abschluss hoch. Processus vermiformis völlig frei.
40. A. E., 25 J., Näherin, I-par. 20. I. 96—1. V. im Bestand, op. 24. I. 96. Vor 4 Jahren normaler Partus. Vor $^1/_2$ Jahr Curettement wegen Blutungen. Danach Fieber und Schmerzen, letztere anhaltend.	Der kaum vergrösserte Uterus eleviert, nach vorne gedrängt, eingebacken zwischen derbe Massen, welche das Becken ausfüllen und aus denen man cystische Teile heraustasten kann.	24. I. 96. Adhäsion mit Netz und Flexur. Bei Lösung platzt ein perimetrischer Eitersack. Hoher Abschluss.

Die zwei Todesfälle, Fall 15 und 35, beziehen sich beide auf puerperale Infektion (Staphylococcus pyogenes aureus). Bei Fall 15 liegen die Infektionsverhältnisse nicht ganz klar. Man kann einmal annehmen, dass ein Fehler in der Aseptik ohne Mitbeteiligung jener schon vorhandenen Kokken die Peritonitis verschuldet habe, zumal die heisse Jahreszeit die Infektion begünstigte. Die Blasennaht, die tadellos gehalten hat, dürfte wohl, da keine Blasenreizung bestand, nicht zur Erklärung mit herangezogen werden können. Uns ist es wahrscheinlich, dass in der offenen linken Tube, die katarrhalisches trübes Sekret enthielt, sich Entzündungserreger befanden und dass letzteres teils direkt, teils indirekt durch Hände, Instrumente, Tupfer etc. zuviel mit der Peritonealhöhle in Berührung kam, zumal bei der anscheinend grossen Harmlosigkeit des Falles die Aufmerksamkeit hierauf nicht gelenkt war. Leider wurde das Sekret der Tube nur an Abstrichpräparaten nachgesehen, in denen keine Bakterien gefunden wurden. Der Eiter des Ovariums liess solche auch nur durch die Kultur erkennen. Eine Nachuntersuchung des Tubeninhalts durch die Kultur blieb erfolglos, da die Organe 2 Tage in Alkohol gewesen waren. In dem Eiter der Peritonitis war neben zahlreichen Bakterien Staphylococcus pyogenes aureus vertreten. Bei dem anderen Todesfall liegen die Ursachen klarer. Patientin war nach der secundären Naht des Ureters und der darauf folgenden Exstirpation der Niere und Darmnaht zu heruntergekommen, um die abermalige Darmperforation zu überstehen. Der gebildete Abschluss hat sich den eingetretenen Perforationen gegenüber vorzüglich bewährt.

Anatomischer Befund und Diagnose.	Verlauf.
Rechts in starken Schwarten eine dickwandige, weite Pyosalpinx mit Eiter prall gefüllt. In den Schwarten darunter Ovarialteile. Alte und frische Adhäsionen. Links Fimbrienende der erweiterten, verdickten Tube verklebt. Ovarien eingebacken in alte, derbe Exsudatmassen. Rechts Gonokokken. **Diagnose.** Pyosalpinx dext. Pachypelviperitonitis, Salpingitis sin.	Nach dem I. Verbandwechsel plötzliche Temperaturerhöhung, 40,°. Allmähliches Zurückgehen. Aehnlich am 2. II. mit Schüttelfrost. Dabei Schmerzen nach der rechten Niere hinaufziehend. Starke Cystitis (leichte schon vor der Operation). 30. IV. geheilt. mit Binde ab.
In dem stark schwartigen Tumor rechts ein perisalpingitischer Eiterherd. Die Tubenwand nicht differenzierbar nach unten, mehrkammerige, dicke Pyosalpinx, darunter Ovarialreste. Links ein analog zusammengesetzter, kleinerer, gänseeigrosser Tumor. Allenthalben Staphylococcus pyogenes aureus. **Diagnose.** Pachypelviperitonitis und Eiterabsackungen. Parametritis. Pyosalpinx bilateralis.	Diffuse Bronchopneumonie mit starker Dyspnoë bringt die Naht zum Platzen. Secundäre Naht erforderlich, ausgeführt Ende März. Pat. noch im Bestand. Kein Stumpfexsudat, keine Beschwerden.

Bei den sämtlichen übrigen Patientinnen wurde vor der Entlassung das gänzliche Fehlen von Stumpfexsudat festgestellt. Auch können alle als durch die Operation von ihren Beschwerden geheilt bezeichnet werden. Nur bei Fall 7 und 34 liegen die Verhältnisse nicht so klar. Beide Patientinnen litten ausser an ihrer Adnexerkrankung stark an Hysterie. Fall 6 ist durch eine zweite Operation geheilt worden und bis jetzt geblieben. Bei der anderen Patientin ist die Beobachtungszeit noch zu kurz. Ihr Allgemeinzustand hat sich allerdings gerade in den letzten Wochen ihres Hospitalaufenthaltes so gehoben, dass keine Beschwerden mehr vorliegen und sie Hausarbeit gut verrichten konnte. Auch der objektive Befund ergiebt bei beiden Patientinnen nichts Abnormes mehr, sodass man das Operationsresultat als günstig bezeichnen darf.

Die Dauer der Behandlung nach der Operation ist eine ziemlich lange, da wir die Patientinnen mit wenig Ausnahme zurückhalten konnten, bis nicht nur die Reconvalescenz beendet, sondern auch die Arbeitsfähigkeit wieder eingetreten war. Auf ihren Wunsch wurden in den ersten Tagen nach der Bettruhe, d. i. nach ca. 4—5 Wochen **4** entlassen. Fall 12, 22, 31, 32.

Sehen wir von diesen 4 Fällen ab, ebenso von Fall **4**, **6** und **9**, bei denen besondere Verhältnisse ein sehr langes Zurückhalten nötig machten (2 mal lange antisyphilitische Behandlung nach Heilung), sehen wir ferner von der zur Zeit noch im Hospital befindlichen Patientin (Fall 40) und von 2 Gestorbenen ab, so bleiben **30** Fälle zurück mit **316** Pflegewochen, sodass ca. $10^1/_2$ Wochen im Durchschnitt auf den einzelnen Fall zu rechnen sind für die

Nachbehandlung bis zur wieder eingetretenen Arbeitsfähigkeit, wobei bemerkt werden muss, dass die Beurteilung eine sehr milde ist und allen Beschwerden Rechnung getragen wird.

Der quere suprasymphysäre Schnitt Bardenheuer's, den er früher dem Längsschnitt vorzog, wurde angewendet bei Fall 1 und 3. Bei beiden Fällen war die Annahme, dass es sich um noch virulente Eiterungen handeln würde und dass die grosse Peritonealhöhle sich gegen die Beckenorgane völlig abgekapselt hätte, gerechtfertigt. Nun liegen bei dem Symphysenschnitt einmal die Beckenorgane in ganz hervorragender Weise frei, andererseits erlaubt derselbe dem Operateur unter den Verwachsungen vorzugehen und jene herauszubefördern, ohne dass er mit der eigentlichen Peritonealhöhle überhaupt in Berührung kommt. In solchen Ausnahmefällen übt Bardenheuer noch immer den Symphysenschnitt; der vorgefundene Situs wird nach Möglichkeit erhalten und später zum Abschluss benutzt. Im Uebrigen ist der quere Schnitt immer weniger zur Verwendung gekommen, seitdem wir den Trendelenburg'schen Tisch benutzen. Die erhöhte Beckenlage hat Bardenheuer schon lange, mit als einer der ersten überhaupt, angewendet (vergl. hierüber Cushing a. a. O.) und sich von den Vorzügen derselben überzeugt. Indessen eine derartige dauernd erhöhte und bequeme Beckenlage, wie sie der Trendelenburg'sche Tisch bietet, konnte damals nicht hergestellt werden und erst mit der Einführung dieses Tisches hat sich uns der suprasymphysäre Schnitt mehr und mehr als überflüssig erwiesen, indem bei einer solchen Hängelage, wie wir sie jetzt haben, die Eingeweide leicht zurückgehalten werden können und der Längsschnitt genügt, um sich das kleine Becken freizulegen.

Ausser bei den erwähnten 40 Patientinnen wurde die Radikaloperation noch vorgenommen in einem weiteren Falle, der aber nicht mehr in den Rahmen des Krankheitsbildes von Adnexentzündung passt. Denn es bestand schon vor der Operation allgemeine eitrige Peritonitis, indem grössere, abgesackte Eiterherde bis zur Leber- und Milzgegend hin vorhanden waren, welche man nicht hatte diagnostizieren können. Es handelte sich um einen jener puerperalen Fälle, bei denen das ganze Becken ausgegossen ist. In dem durch schwartige Massen gebildeten Ausguss lag der Wurmfortsatz, in seiner Gestalt nicht differenzierbar, ohne Perforation. Ueber demselben und über den Adnexen auch nach links hin lagen grosse fäculent riechende intraperitoneale Eiterherde. In den Tuben und Ovarien kein Eiter, ebenso wenig in dem schwartigen Gewebe des kleinen Beckens. Von der Ansicht ausgehend, dass die Erkrankung auf die Beckengegend beschränkt sein könne, nahm man die Radikaloperation durch Laparotomie vor unter Eröffnung der benachbarten intraperitonealen Abscesse. Die eigentliche Peritonealhöhle kam nicht zu Gesicht.

Zum Abschluss liess man dem vorhandenen Situs nach oben hin bestehen. Drainage fand nach unten und aussen statt, da die Eiterherde vorne bis zur Nabelhöhle reichten. Patientin überlebte den Eingriff 5 Tage. Eine diffuse allgemeine Peritonitis bestand

bei ihr nicht, wohl aber eine Anzahl grösserer und kleinerer abgesackter zerstreuter Eiterherde, deren zum Teil derbere Verwachsungen auf ein längeres Bestehen hinwiesen. Das Sekret roch fäculent, in demselben war ein Gemisch von Bakterien. Wir haben diesen Fall unserer Statistik nicht einverleibt, da er zu den Adnexerkrankungen als solcher nicht mehr gerechnet werden kann, sondern eine Form der allgemeinen eitrigen Peritonitis darstellt. Die Entstehung der Erkrankung ist zurückzuführen auf Recrudescenz einer älteren puerperalen Infektion durch ein neues Wochenbett. Es liegen hier die Verhältnisse ähnlich wie bei dem einen eingangs erwähnten Obduktionsfalle und liefern wiederum den Beweis, dass eine Patientin mit einem solchen Krankheitsherd einer ständigen Gefahr ausgesetzt ist.

Wir haben uns in vorliegender Arbeit lediglich auf das Gebiet der entzündlichen Adnexerkrankungen beschränken wollen und haben deshalb auch die Extrauterin-Schwangerschaften nicht mit herangezogen, zumal die Art der Behandlung, ob mehr konservativ oder mehr radikal, gerade in neuester Zeit wieder Streitfrage geworden ist. Vorläufig hat Bardenheuer dieselben gleichfalls der abdominalen Radikaloperation unterworfen, doch ist die Zahl dieser Operationen noch so gering, dass uns ein Urteil über die Resultate noch nicht zusteht. Aehnlich verhält es sich mit den Tumoren des Uterus, grossen Myomen, Sarkomen und Carcinomen, die Bardenheuer schon seit mehreren Jahren regelmässig der abdominalen Totalexstirpation unter Bildung eines Abschlusses zu unterwerfen pflegt. Die Zahl der hierher gehörigen Fälle ist keine so erhebliche, dass wir sie im Vergleich mit den grossen Statistiken über andere Verfahren schon heranziehen könnten, da wir diese Tumoren gegenüber den entzündlichen Adnexerkrankungen ganz auffallend selten und meist erst in einem verzweifelten, vorgerückten Stadium zur Behandlung bekommen. Vielleicht wird späterhin Gelegenheit geboten sein, über diese Kapitel des Näheren zu berichten.

Berichte.

I. Die neuesten Arbeiten über Harnleiter-Chirurgie.

Sammelbericht

von

Dr. RAFFAELE BASTIANELLI
in Rom.

(Mit 2 Abbildungen.)

II.

Sehr viel häufiger und für die Praxis wichtiger ist die Harnleiter-Verletzung bei vaginalen Operationen am Uterus und seinen Adnexen, wodurch es zur Ausbildung einer Harnleiter-Scheiden-

fistel kommt. Eine Zusammenstellung solcher Fälle hat jüngst v. Winckel[45]) gegeben. Andere vaginale Operationen, wobei sich diese Verletzung ereignen kann, sind die vaginale Hysteropexie und vaginale Coeliotomie (Dührssen) und auch die blosse Eröffnung einer Eitersammlung vom hinteren Scheidengewölbe aus, wie Tauffer mitteilt, dessen Fall wir später bringen werden. Die Folge solcher Verletzung ist gewöhnlich eine Harnleiterscheidenfistel mit oder ohne Niereninfektion. Als Ausnahme müssen Fritsch's[19]) und Zweifel's[43]) Fälle betrachtet werden. Es gelang Fritsch während einer vaginalen Uterusexstirpation die durchschnittenen Enden eines Ureters mit Erfolg wieder zu vernähen. In Zweifel's Fall (schwierige vaginale Hysterectomie wegen Krebs) war die Kranke wohl, ohne Fieber, hatte aber häufiges Erbrechen. Als nach 36 Stunden weder Urin spontan abging, noch durch Katheter gewonnen wurde und die Diagnose von beiderseitiger Ureterenunterbindung klar war, beschloss Zweifel alles aufzumachen, die Ligaturen herunter zu ziehen und mit Pincette und Scheere zu lösen. Er löste am nächsten Tage, d. h. 2 mal 24 Stunden p. o., links alle Ligaturen, aber erst nach Massiren des linken Harnleiters mit dem in die Beckenbauchhöhle eingeführten Finger gelang es ihm, Harn in die Blase zu fördern, und erst am 6. Tag, nach der Lösung einer einzigen rechts noch sitzen gebliebenen Ligatur nebst Massage waren die beiden Ureteren frei und die Kranke gerettet.

Vom therapeutischen Standpunkt aus können wir die Ureter-Vaginalfisteln unter gleichem Gesichtspunkt betrachten, mögen sie ihren Ursprung von einer Operation oder von einer Geburt herleiten. Die primäre oder sekundäre Nierenexstirpation hat heute jede Bedeutung eingebüsst; alle Operateure stimmen vielmehr darin überein, sie um jeden Preis zu vermeiden. Doch bleibt als Indikation immer noch die sekundäre aufsteigende Nieren-Infektion. Wegen dieses Ereignisses operierten neustens Picqué, Routier und Schauta. Die Meisten haben mit glänzendem Resultat den vaginalen Weg eingeschlagen, um den Ureter mit der Blase zu vereinigen, und ihrem Beispiel muss stets in praxi gefolgt werden.

Da wir die Verfahren von Simon, Schede, Landau, als wohlbekannt voraussetzen dürfen, wollen wir zunächst von allgemeiner gehaltenen Arbeiten die von Arie Geyl[44]) anführen.

Als ihm sich die Gelegenheit bot, eine Ureter-Scheiden- und Ureter-Uterus-Fistel zu behandeln, erörterte er die Umstände, welche die Fistelschliessung ermöglichten. Falls keine Entzündung des Ureters oder der Niere vorhanden und die Fistelöffnung nicht stenosiert ist, glatte und intakte Ränder besitzt, so dass sie diese während und nach der Operation behalten kann, dann ist die Operation gerechtfertigt. Um eine sichere Schliessung zu erreichen, räth er, mit Pawlik, so anzufrischen, dass ein Streifen der die Fistel umgebenden Schleimhaut erhalten bleibt und mit den Nähten in die Blase eingestülpt wird; die Scheidenschleimhaut wird dann Blasenschleimhaut. Zwischen dieser Operation und einer totalen oder partiellen Kolpokleisis, wie sie Kaltenbach angab, ist nur ein gradweiser Unterschied, je nachdem man einen grossen oder kleinen Teil der Scheidenschleimhaut verbraucht. Ideal ist die Operation erst, wenn man eine kleine Blasenscheidenfistel, deren eines Ende mit der

Ureterenfistel in Verbindung tritt, herstellt, sodann um die alte und die neue Fistel eine Anfrischung so macht, dass wiederum ein Teil der Scheidenschleimhaut erhalten bleibt und nach der Naht ihre Lage innerhalb der Blase findet.

Er operierte so die Ureter-Scheidenfistel in einer Sitzung und erzielte Heilung. Für die Uterusureterfistel erweiterte er die Cervicalhöhle und amputierte die vordere Muttermundlippe in der Hoffnung, nachher die Fistelöffnung bis zur Scheide herab zu verlegen und sie dann mit der Blase durch die vorige Methode vereinigen zu können. Aber es gelang ihm nicht. Dieses Verfahren hat den Nachteil, dass der Ureter herabgezogen werden muss, und dass die Lage der Anfrischung der Scheide bestimmt ist von der Lage der neu angelegten Blasenscheidenfistel, was, falls die Schleimheit fehlt, sehr nachteilig sein könnte.

Deshalb empfiehlt er mit der Anfrischung um die Ureterfistel herum anzufangen, indem man zwei bloss an einer gewissen Stelle zusammentreffende Scheidenschleimhautstreifen abpräpariert. Näht man jetzt die zusammengehörigen Punkte zusammen, so wird die Fistel inre Lage in einem Cul de sac finden, nicht weit entfernt von dessen Eingang. Letzerer wird eine mehr oder weniger unregelmässige, halbzirkelförmige oder runde Gestalt haben und aus einer doppelten Schicht Vaginalschleimhaut und einer Basis, der Blasenscheidenwand, zusammengesetzt sein. Letztere wird perforiert und der freie Rand des Blindsackes angefrischt: man vereinige alsdann genau letztere Wundfläche mit dem von der Fistel abgewendeten Rande der Basis, und der Harn, welcher sonst durch den Cul de sac abzufliessen gezwungen war, wird nothwendig seinen Weg nach der Blase nehmen müssen!

Dass ich die Geyl'sche Arbeit ausführlich citiert habe, geschah im Interesse des Lesers, welchem nun manches von dem Folgenden nicht mehr ganz neu erscheinen wird. So schliesst die vorige Arbeit manche der Ideen in sich, welche Mackenrodt[46]) kürzlich geäussert hat. Indem er meint, dass das alte Simon'sche, durch Landau, Schede, Dührssen modificierte Verfahren sich für Fälle mit ausgedehnten Scheidenarben gut eigne, zieht er in anderen, besonders in den nach der vollständigen Uterusexstirpation entstandenen Fistelfällen, ein einfacheres Verfahren vor, das er Entropionierung der Fistel in die Blase mittels eines periureteralen Scheidenlappens nennt und bis jetzt 4 mal mit Erfolg angewendet hat. Die Fistel wird mit einem 1—3 cm breiten myrthenblattförmigen Lappen umschnitten, dieser Scheidelappen von der Unterlage lospräpariert, jedoch im Zusammenhang mit der Fistel gelassen, daneben eine ca. 3—4 cm lange Blasenöffnung angelegt, in welche der Scheidenlappen so eingenäht wird, dass die epitheliale Fläche mit der Fistel in die Blase schaut; darüber wird die klaffende Scheidenwunde, aus welcher der Defekt entnommen war, vernäht. Falls aber die Fistel sehr peripher liegt oder an der seitlichen Beckenwand fixiert ist, wird sie schwerlich von der Scheide aus zur Heilung zu bringen sein. Mackenrodt hat aber der Berl. med. Gesellschaft einen Fall vorgezeigt, in welchem er die Sectio alta vermeiden konnte, indem er einen neuen Kanal herstellte, durch welchen er eine Verbindung zwischen der Fistelmündung und der Blase erzielte. Der Kanal wurde aus einem 2 cm langen Scheidenstreifen durch zwei parallele Schnitte isoliert und mittels

Knopfnähten zum Rohr geschlossen. In das eine Ende wurde die von der Narbenmasse isolierte Harnleiteröffnung hineingesteckt, das andere Ende in die Blase geschoben. Dass auch bei Ureter-Uterusfisteln die Wegnahme der Niere zu vermeiden ist, hat ebenfalls Mackenrodt[47]) dargethan, welcher in einem Fall von Ureter-Uterusfistel, nachdem er vergebens versucht hatte, die Fistel in eine cervico-vaginale umzuwandeln, um den Harn zu verhindern, in das Corpus uteri zu fliessen, sich entschloss, sie in eine Scheiden-Harnleiterfistel umzubilden und deshalb den Uterus, der diese Verbindung verhinderte, ausschnitt. Später vereinigte er diese neue Fistel mit der Blase, Heilung.

Die von Dührssen[48]) modificierte Scheidenplastik besteht in Uretersondierung von der Fistel aus und in der Spaltung seiner Wand und des benachbarten Blasenabschnittes. Die Schleimhäute der Blase und des Ureters werden nachher genau zusammengenäht, während der Nachbehandlung ein Katheter in dem Harnleiter gelassen und durch Blase und Uretra nach aussen geleitet. Eine solche Vereinigung, glaubt er, kann man auch bei hochsitzenden Harnleiterscheiden- oder Gebärmutter-Harnleiter- oder Bauchdeckenfisteln durch Sectio alta oder durch Coeliotomie ausführen. Bumm[49]) hat eine hochsitzende Ureter-Vaginalfistel so operiert, dass er zuerst eine Blasenöffnung machte, dann diese mit der Fistel vereinigte und schliesslich die nun einfache Oeffnung anfrischte und vernähte. Die ganze Procedur nahm 3 Monate in Anspruch. Er hält es für besser, statt der Scheere, um den Sporn zwischen dem Ureter und der neu gebildeten Blasenfistel zu trennen, ein der Dupuytren'schen Zange ähnliches Instrument zu benutzen.

F. v. Winckel (loc. cit.) hat eine nach totaler Uterusexstirpation entstandene rechtsseitige Fistel folgendermassen operiert: er schnitt unterhalb der Ureterausmündung auf 2—2,5 cm in der Länge und 1—1,5 cm in der Breite die hintere Vaginalwand in schräger Richtung aus, dann drückte er mit einem Katheter die Blase dem angefrischten Teil entgegen und schnitt sie in ebensolcher Ausdehnung ein, schliesslich wurde die vordere Lippe der Blasenincision genau mit der hinteren Vaginalwand vernäht. So wurden Muskel- und Schleimhautschicht der Blase fest mit der Scheide vereinigt, wodurch sich diese Operation von einer gewöhnlichen Colpocleisis unterscheidet. Andere Vorteile sind, dass jede Taschenbildung vermieden wird, dass keine nachträgliche Stenose möglich und der Abfluss des Urins, sowie die Kommunikation des Ureters mit der Blase eine leichte und freie ist.

v. Winckel hatte schon früher eine bei der Geburt entstandene Fistel so operiert, dass er eine vesico-vaginale Fistel bildete, dann einen dreieckigen mit der Spitze nach unten gerichteten Lappen aus der hinteren Vaginalwand lospräparierte und mit der unteren Lippe der Vesico-vaginalfistel vereinigte.

In ähnlicher Weise hat jüngst Mayo[50]) operiert. Nach einer totalen Hysterectomie blieb eine rechtsseitige Ureterfistel zurück. Er versuchte erst vergeblich den Ureter durch einen neuen aus der Scheidenschleimhaut geschaffenen Kanal mit der Blase zu vereinigen, dann, nach 3 Wochen, präparierte er einen Schleimhautlappen aus der hinteren Vaginalwand unter der Fistelmündung und öffnete die Blase der Fistel gegenüber. Nun wurde ein Drainrohr durch Uretra, Blase, Blasen

wunde und Ureter geführt, der Lappen darüber geschlagen und mit der Blasenwunde vereinigt. Heilung.

Diese Lappen-Methoden sind noch nicht durch eine lange Praxis sanktioniert. Zu fürchten sind Lappenschrumpfung, Harnstauung mit nachfolgender Steinbildung und Ureterenінfektion. Die neue v. Winckelsche Methode ist einfacher und scheint uns von diesem Vorwurfe frei zu sein. —

In einer interessanten Discussion der Pariser Chirurgen-Gesellchaft[51]) haben sich Tuffier und Segond als Anhänger der plastischen Verschlüsse von der Scheide her erklärt, während Chaput und Bazy die künstliche Einpflanzung in die Blase durch Coeliotomie vorzogen. Tuffier betonte, dass es für die Behandlung wichtig sei, in welchem Zustand sich die Fistelränder befänden, d. h. ob der Harnleiter ganz getrennt ist oder ob noch ein die zwei Enden verbindender Gewebestreifen verbleibt, ferner ob die Fistelöffnung stenosiert sei oder nicht. Gesetzt, dass die zwei Enden noch durch eine Brücke vereinigt blieben, so scheint ihm keine Blasenharnleiter-Plastik nöthig, wie die oben beschriebene von Mackenrodt, oder die von Segond erwähnte, welche darin besteht, dass ein Scheidenlappen ausgeschnitten wird, der bis zur Fistel reicht und in den Blasenschlitz eingepasst wird. Dann könne eine einfache Anfrischung und Naht genügen. Wir können hier wählen zwischen der Pozzi'schen[52]) Methode, wobei zwei kleine Scheidenlappen gebildet werden oder der von Bellati[53]) modificierten Spaltungsmethode, welche der schon für die Blasenscheidenfistel von Fergusson[54]) in Chicago ausgeführten ähnlich ist. Es wird dabei ein kreisförmiger Einschnitt der Scheide rings um die Fistelöffnung und wenige mm davon entfernt bis auf die Submucosa gemacht. Dieser vom Einschnitt begrenzter Scheidenstreifen wird vorsichtig bis zum Fistelsaum abgelöst, dann in die Oeffnung mittelst Lambert'scher Nähte eingestülpt und darüber die Scheide für sich vernäht.

In der erwähnten Diskussion wurde auch über Ureterfisteln berichtet, welche spontan oder durch Aetzung doch geheilt worden seien; sie wurden aber von Richelot, Michaux, und besonders von Ricard als kleine mit Harnleiterfisteln verwechselte Blasenscheidenfisteln erklärt, wie es ihm einmal bei einer viermal vergeblich operierten Frau vorkam, bei welcher wiederholt in die Blase eingespritzte farbige Flüssigkeit nie durch die Fistel durchkam, bis es endlich unter Narkose doch geschah. Bei dieser Gelegenheit erinnern wir daran, dass schon früher Zweifel drei Fälle von spontaner Harnleiterscheidenfistel-Heilung mitgeteilt hat. Die Entstehung der Harnleiterfisteln bei den vaginalen Hysterectomie wurde von Tuffier, auf die dabei verwendeten Klemmen zurückgeführt und, da er in vier eigenen sowie in vielen von ihm gesammelten Fällen die Fistel rechts fand, dachte er dies so erklären zu können, dass bei Anlegung der Klemmen an die Basis des rechten Lig. latum die rechte Hand die linke kreuzt und so mit weniger Genauigkeit arbeitet, wobei der Ureter mitgefasst werden kann. Eine ähnliche Erklärung hat auch Fournel[55]) gegeben, indem er glaubt, dass die rechte Hand, welche den Uterus herabzieht, unwillkürlich die rechte Uteruskante nach unten dreht, wodurch die Auslösung des Collum und das Emporschieben der Blase rechts schwieriger wird.

Poirier dagegen glaubt, dass der Harnleiter gefasst werden könne, indem man die Blutung aus den ihn begleitenden Blasenvenen zu stillen

sucht. Routier denkt, dass diese Fisteln kleinen nekrotisch gewordenen Stücken der Blase entstammen, wodurch es sich auch erkläre, warum sie so spät erscheinen. Als Mittel dieses Missgeschick zu vermeiden empfiehlt Segond seine Methode des circulären Scheidenschnittes mit zwei kleinen lateralen Einkerbungen und die Abtragung des Collum in zwei Lappen, weil, wenn dasselbe sehr umfänglich sei, sein lateraler Rand sich sehr nah dem Harnleiter befindet. Andere meinten, es sei gar keine „Methodenfrage". Tuffier hat vier Fälle von Harnleiterverletzungen erlebt, Segond auf 420 Hysterectomien drei, Poirier auf 45 eine, Routier eine, Richelot zwei Fälle, Schwarz auf 100 Hysterectomien, Reynier auf 120, Michaux auf 200 keinen. Was die grössere Häufigkeit rechtsseitiger Fisteln betrifft, so fanden Tuffier und Levi[56]) dass auf 28 von ihnen gesammelten Beobachtungen die Fistel sich 21 mal rechts befand, während v. Winckel in den 40 von ihm zusammengestellten Fällen ein solches Verhältnis nicht finden konnte. Dieser Befund könnte sich auch vom anatomischen Standpunkt aus erklären, weil bereits Luschka bemerkte, dass der Uterus näher dem rechten als dem linken Harnleiter sei. Eine andere Erklärung könnte man in dem Umstand suchen, dass der Ureter sich dermaassen verschieben kann, dass er in abnormer Lage, wo wir ihn ihn nicht vermuthen, unter unsere Instrumenten fällt. So geschah es auch Tauffer in folgendem Fall. Innere Durchschneidung der Douglas'schen Tasche wegen Beckeneiterung: nach 14 Tagen wurde die Secretion urinös und man konnte constatieren, dass eine linksseitige Ureterfistel vorlag. Nun konnte er den Grund des unglücklichen Zufalls verstehen, denn er sah, dass die Schnittlinie, welche ganz quer geführt worden war, nach Verschwinden der Geschwulst ganz in die Richtung der linken Beckenhälfte gelangte, dorthin, wo wir gewöhnlich den Ureter finden. Die extraperitoneale Geschwulst hatte nicht nur den Uterus nach rechts und oben, sondern auch den Ureter nach unten und nach der Mittellinie zu dislociert. Die vaginale Plastik gelang nicht ganz, weshalb bei der Frau später die Nephrektomie ausgeführt wurde.

Wenn nun aber die Fistelschliessung durch die Scheide nicht möglich sein sollte, sei es, weil Narben der Scheide es verhindern, sei es, weil die Fistel fixiert oder zu weit von der Blase entfernt ist, müssen wir uns zu noch compliciertern Methoden wenden, von welchen die älteste die Harnleiterdarmeinpflanzung ist.

Nach vergeblichen Tierexperimenten von Gluck und Zeller[57]), und von Bardenheuer[58]), zeigte Novaro[59]) im Jahre 1887 beim Hunde, dass es möglich sei, den Harnleiter in den Mastdarm einzupflanzen und dass die Nieren dabei gesund bleiben. Nicht so glücklich waren Tuffier[60]), Reed[61]), Morestin[62]), van Hook[63]), welchen es nie gelang eine erfolgreiche beiderseitige Uretereinpflanzung zu erreichen. Später haben Giordano[64]) und Vignoni[65]) die Experimente Novaro's bestätigt, jener hatte auf 14 Hunde drei Erfolge, dieser auf 7 Hunde nur einen. Nach Giordano kann man die Einpflanzung auch extraperitoneal ausführen, indem man auf lumbarem Wege den Ureter auf einen Theil des Colon befestigt, welches durch Nähte von der Bauchhöhle abgeschlossen wurde. Wenn aber die Erfahrung zeigen sollte, dass die Darmeinpflanzung eine Niereninfection mit sich bringt, dann schlägt er vor, die Ureteren in

den Mastdarm einzupflanzen und einen künstlichen iliacalen After anzulegen, um das Rectum ausser Thätigkeit zu setzen. Der künstliche After wäre nach ihm weniger gefährlich und leichter erträglich als eine doppelte Ureterausmündung auf der Haut.

Am Menschen wurde die Darmeinpflanzung der Ureteren von Simon (1851) und von Smith (1879) wegen Blasenexstrophie ausgeführt ohne dauernden Erfolg. Auch Küster[66]) gelang es nicht (1891) nach der Ausschneidung der Blase die beiden Harnleiter mit Erfolg in dem Mastdarm einzupflanzen. Glücklicher war Chaput[67]), welcher in einem Fistelfall nach incompleter Hysterectomie, da die Scheidenstrecke des Harnleiters unzugänglich war, sich entschloss, den linken Ureter in das absteigende Colon einzupflanzen. Die Aufsuchung des Harnleiters war schwer: die Vereinigung mit dem Darm wurde durch zwei Nahtreihen, eine, welche die Schleimhäute und eine, welche die Serosae vereinigte, bewerkstelligt. Die Kranke wurde gesund und ist es noch. Eine zweite Kranke mit tuberculöser Cystitis versuchte er erst durch hohen Blasenschnitt zu bessern; da er keine Erleichterung für die Schmerzen erzielte, nahm er sich vor, die Blase auszurotten, nachdem er die Harnleiter in den Dickdarm eingepflanzt hatte. So machte er es mit Erfolg auf der einen Seite, dann nach drei Monaten auf der anderen, aber die Kranke starb plötzlich in Anurie. Vielleicht war eine vorgeschrittene Pyelonephritis vorhanden. Zwei Fälle von Blasenexstrophie operierte Maydl[68]) mit zwei Heilungen, einen Rein[69]) mit tödtlichem Ausgang. Die Maydl'sche Methode besteht in der Excision eines elliptischen Stückes der Blasenwand samt den Oeffnungen der beiden Ureteren und Einnähen der excidierten Ellipse in die Mastdarmwand. Ebenso hat in einem Fall Krynski[70]) operiert. In einem Fall von Ectopie compliciert mit Adenoma destruens vesicae hat Bergenhem[71]), durch einen Dammschnitt die Blase ausgeschnitten und die Ureteren in den Mastdarm implantiert. Der Kranke befindet sich jetzt, $1^1/_4$ Jahr nach der Operation ganz wohl und entleert seine Kloake alle 5—6 Stunden am Tage und zwei mal Nachts. In einem Fall von Blasen- und Nierentuberkulose hat Trendelenburg[72]) erst die Urethra und einen Teil der Harnblase, dann die eine tuberkulöse Niere und endlich den Rest der Blase exstirpiert. Der Ureter der zurückgelassenen Niere wurde in die Flexura sigmoidea eingepflanzt. Das 22jährige Mädchen hat jetzt eine Peritonealtuberkulose. Sie wurde im Oktober 1894 operiert und befand sich im April 1895 in leidlichem Zustande. Der Urin wurde in der ersten Zeit nur alle 2—4 Stunden entleert, jetzt besteht häufigerer Drang zur Entleerung.

Um eine Uretereninfektion und auch eine nachfolgende Stenose zu verhüten, schlägt Krynski vor in Fällen, in welchen man blos die abgeschnittenen Enden inplantieren muss, einen dreieckigen Lappen aus Serosa und Muscularis auf der vorderen inneren Fläche des Mastdarms gerade unter der Flexura sigmoidea abzulösen, die Mucosa zu eröffnen und sie durch vier Nähte mit der Mucosa des Ureters zu vereinigen, hierauf den Ureter mit dem Lappen zu bedecken, um so den natürlichen, intraparietalen Verlauf des Ureters in der Blase nachzuahmen.

Um die Einpflanzung zu erleichtern, hat Boari[73]) einen Metallknopf ersonnen, der die Naht vertritt, später herausfällt und mit den Excrementen abgeht. Die Tierversuche bewiesen, dass die Einpflanzung

damit stets gelingt. Der Knopf wird in vier verschiedenen Grössen verfertigt; No. 4 wird für den Menschen benutzt. Das Instrument ist aus einem Stück gemacht und besteht aus einer feinen Röhre an deren Ende sich eine kleine Erhebung befindet. Auf der Röhre bewegt sich eine kleine runde Platte mit convexer Vorderfläche, welche durch eine Stahlspringfeder gegen die beschriebene Erhebung gedrückt wird. Es wiegt nur 12 Gramm. Einen anderen Knopf hat er für die laterale Ureterein pflanzung herstellen lassen. (S. Fig. 3 und 4). Die Methode ist bereits auch am Menschen erprobt worden in drei Fällen[74]): einmal durch Professor Casati aus Ferrara, der bei Blasentuberkulose den linken Ureter in das absteigende Colon extraperitoneal auf lumbarem Weg im-

Fig. 3.

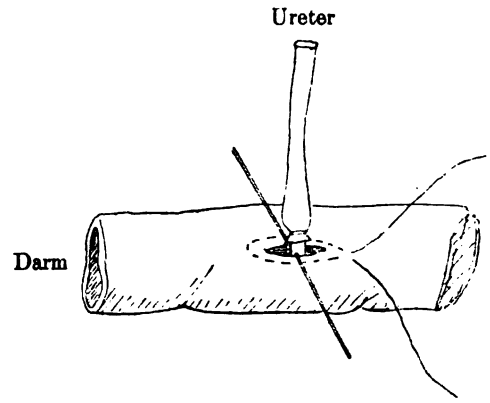


Fig. 4.

plantierte. Die Frau erlag nach 35 Tagen ihrem Leiden. Die Ureterein pflanzung war vollkommen gelungen. In dem zweiten Fall hat Boari selbst bei einer breiten Vesicovaginal-Fistel mit vollständiger Zerstörung der Harnröhre den linken Ureter extraperitoneal wie in vorigem Fall eingepflanzt. Nach vier Monaten war die Frau gesund und entleerte etwa alle drei Stunden Harn per anum. Warum nicht auch der rechte Ureter in den Darm implantiert wurde, um die Frau von ihrem Leiden ganz zu befreien, sagt der Autor nicht. In einem dritten Fall hat Giordano die rechte Niere wegen eines Steines eröffnet, die ganze Blase

und den Uterus wegen Carcinom entfernt und die beiden Ureteren in das S.-romanum mittels der Knöpfe implantiert. Tod am zweiten Tag. Dass diese Versuche sehr lobenswert sind, ist nicht zu leugnen. Die Zeit und die Erfahrung wird noch lehren, ob ein solches Vorgehen in Zukunft erlaubt sei. Aber bis jetzt scheint mir für die Harnleiter-, sowie für die Blasenscheidenfisteln diese Methode noch nicht angebracht zu sein. Für die schlimmsten Fälle, wo auch die neuen Operationen von Trendelenburg, Bardenheuer, Emmet, Freund nicht helfen können, ist eine Obliteratio vulvaris nach Rose immer noch vorzuziehen. Die Darmeinpflanzung beider Ureteren muss bis jetzt nur für Fälle von Blasenexstirpation vorbehalten werden.

Für die Harnleiterfisteln, wobei der Eingang in die Scheide versperrt oder die Scheidenplastik durch das Harnleiterende fixierende Narben, oder wegen zu hoher Lage unmöglich gemacht ist, müssen wir uns der transperitonealen Ureterblaseneinpflanzung zuwenden, die von Novaro[75]) und von Bazy[76]) (Urétero-cysto-néostomie) gelehrt und nachher auch von Anderen ausgeführt worden ist. Experimentell war die Frage schon von Tizzoni, Poggi und besonders von De Paoli und Busacchi studiert worden.*)

Bis jetzt sind zwei Fälle von Novaro, zwei von Bazy, einer von Rouffart[77]), einer von Penrose[78]), einer von Kelly[79]), einer von Krug[80]) zwei von Krause[81]), einer von Pozzi[82]), einer von Tuffier[83]), einer von Baldy[84]), zwei von Price[85]), einer von Veit[86]), einer von Olshausen[87]), einer von Witzel[88]), und der oben citierte von Westermark bekannt. – Beinahe alle Operierten, wobei es sich um seit einiger Zeit bestehende Fisteln, oder um accidentelle Verletzungen während einer Coeliotomie handelte, wie in den Fällen von Penrose, Pozzi, Krug, Baldy, Veit, Price, Olshausen sind geheilt. Nur die Kranke von Olshausen und eine der beiden von Krause starb; er hatte bei der Hysterectomie wegen Krebs ein Stück des mitergriffenen Harnleiters ausgeschnitten und dann sofort auf transperitonealem Wege den Harnleiter in die Blase eingepflanzt. Der Tod erfolgte an progressiver Schwäche; bei der Section fand man den Harnleiter in der Blase gut eingeheilt.

Was die Technik betrifft, ist vor Allem Navaro's Kunstgriff anzuführen, welcher das parietale Bauchfell rings um die Einpflanzungsstelle vernäht, so dass diese extraperitoneal bleibt. Andere haben, wie Bazy, die Operation ganz intraperitoneal ausgeführt und sich begnügt einen in die Nähe gelegten Gazestreifen aus der unteren Ecke der Wunde herauszuleiten. Novaro hingegen lässt den Ureter unter dem Bauchfell, das er mit dem Finger vom unteren Wundwinkel her loslöst, bis zur Blase durchgehen. Das proximale Ende wird auf einer Seite eingeschnitten, so dass die Oeffnung V-förmig wird. Monari will die Einpflanzungsstelle mit einem Bauchfellstreifen bedecken, welcher noch mit dem Ureter im Zusammenhang bleibt. Krause hat links und rechts das Ureterenende $^3/_4$ cm tief eingeschnitten. Um es an die Blase zu befestigen, hat er

---

*) Nach Büdinger war schon ein Versuch am Menschen von Lannelongue und von Hegar, und nach Westermark auch von Schede gemacht worden. Da ich die betreffenden Original-Arbeiten nicht lesen konnte, habe ich diese Namen im Text nicht erwähnt.

zwei Fäden in die vordere und hintere Wand, $^1/_2$ cm vom Einschnitt entfernt, angebracht und mit einer langen, von der Harnröhre in die Blase und durch den Blaseneinschnitt eingeführten Pinzette, diese Fäden ergriffen und sie aus der Harnröhre herausgeleitet. Ein specielles Instrument für diesen Zweck hat Rouffart construirt. Er besteht aus einem Pawlik'schen Ureterenkatheter, welcher nahe dem Ende zwei kleine federnde Flügel trägt. Hat man mit der Spitze des geschlossenen Instruments die Blase vorgewölbt und darauf eingeschnitten, so verkappt man den Schnabel des Katheters mit dem eingeschnittenen Ureter, lässt die zwei Flügel springen, zieht den so festgehaltenen Ureter in die Blase zurück und näht ihn ein. So wird das Lumen des Harnleiters während der Naht offen gehalten und die Manipulation erleichtert.

Um die Vereinigung der Blase mit dem Harnleiter fester zu machen, schlug Büdinger[89]) vor, ihn in eine doppelte Blasenfalte einzuwickeln, wie Witzel für die Gastrotomie lehrte. Die Idee lässt sich nicht verwirklichen, wenn der Substanzverlust des Harnleiters zu gross ist. Einfacher Weise haben Baldy und Krug mit zweien durch die Ureteren und Blasenwand angelegten Leitfäden den Harnleiter in die Blase eingefügt und mit weiteren peripheren Nähten befestigt.

Aber man kann nicht nur die Blaseneinpflanzung intraperitoneal ausführen wie Bazy, Krause u. A., oder wie Novaro, die Einpflanzungsstelle extraperitoneal vornehmen, sondern auch von Anfang an sie ganz extraperitoneal vollenden durch einen Schnitt entlang dem M. rectus wie Ruffart, oder dem Leistenband parallel wie Witzel, oder durch den Israel'schen Schnitt wie Büdinger vorgeschlagen hat.

Diese extraperitoneale Einfügung war von J. Veit (loc. cit.) so vorgenommen worden, dass er den nach Adnexextirpation verletzten Ureter, aus der Bauchwunde herauszog, diese schloss, dann die Wunde bis zur Symphyse verlängerte, die Blase extraperitoneal einschnitt und den Harnleiter in die Blasenöffnung einnähte. Um die Gefahr einer freien intraperitonealen Strangbildung zu vermeiden, hat Witzel umgekehrt wie Veit nicht den Ureter an die Blase, sondern die dehnbare Blase an den nicht dehnbaren Harnleiter extraperitoneal und seitlich hingezogen und vernäht. In einem erfolglos nach Mackenrodt operierten Fall von Harnleiterscheidenfistel suchte er durch Coeliotomie an der Teilungsstelle der Iliaca den verletzten Ureter auf, legte ihn in mittlerer Höhe des Ligamentum latum durch einen kleinen Schnitt blos, unterband ihn doppelt und trennte ihn durch. Das untere Ende wurde versenkt, das obere wurde in den oberen Bauchfellschlitz emporgebracht und dann mit einer langen Zange, welche extraperitoneal rechts von der Blase her, oberhalb dor Linea innominata über die Darmbeinhöhlung geführt war, wieder herabgezogen. Nachdem alle Peritonealwunden geschlossen, wurde die Blase bis über die Mitte der Darmbeingrube emporgezogen, mit Catgut in dieser Lage befestigt, und der Ureter in dieselbe mit Schrägkanalbildung, wie sie der Autor für andere Fälle von Fistelanlegung vorgeschlagen hat, eingefügt. —

Die Blaseneinpflanzung, welche so gute Resultate gegeben, scheint uns vor der Operation mittelst Sectio alta den Vorzug zu verdienen, da diese leichter misslingen kann und nur für Fälle, wo wenig oder garnichts vom Harnleiter verloren ging, eine begrenzte Indikation besitzt.

Mackenrodt hat sie einmal mit Erfolg benützt und einmal sah er die Scheidenureterfistel sich wieder herstellen, weil die neue in die Blase gemachte Oeffnung sich geschlossen hatte. Diese Operation wurde bereits März 1893 von Bazy vorgeschlagen, aber von ihm selbst zu Gunsten der transperitonealen Methode aufgegeben. Die Technik ist nach Mackenrodt folgende: Nachdem eine lange Hohlsonde in den Harnleiter eingeschoben und die Blase durch Sectio alta breit geöffnet wurde, schneidet man auf der hoch gegen die Blase emporgehobenen Sonde die Blasenureterwand auf 3 cm ein und vernäht die Ureterwand mit Blasenwand, am unteren Winkel des Blasenureterschlitzes wird dann der Ureter von seinem Fistelende abgeschnitten, in die Blasenöffnung hineingezogen und mit der Blasenwand vernäht. Katheter in die neue Oeffnung. — Die Blasenwand kann ganz vernäht werden, wenn keine Infektion bestehet.

Ausser der Harnleiterdarm- und blaseneinpflanzung, welche man auf vaginalem, sacralem und transperitonealem Weg ausführen kann, haben wir noch die Möglichkeit eine Harnleitereinmündung herzustellen, welche man als letztes Hülfsmittel ansehen muss.

Diese Operation wurde experimentell von Gluck und Zeller (loc. cit.) von Poggi[90]), von Trekaki[91]), und von Pasterini[92]) auf der Leiche geprüft und von Le Dentu[93]), von Pozzi[94]) am Menschen ausgeführt. Wir brauchen nicht länger dabei zu verweilen, denn die grosse Unbequemlichkeit einer Hautfistel und die beständige Gefahr einer aufsteigenden Infektion haben sie als endgültiges Heilungsmittel ganz aus der Praxis verbannt. Nur als ein zeitweiliger Ausweg, indem man sie während einer Operation nur provisorisch vornimmt, um nachher die Nephrectomie oder die von Rydygier[95]) vorgeschlagene Plastik auszuführen, ist die Hauteinpflanzung der Ureteren erlaubt. Nach Rydygier könnte man, zwei Enden des getrennten Harnleiters, wenn sie von einander zu entfernt sind, an der Haut befestigen, um später mittels Plastik einen intermediären Hautcanal zwischen beiden Enden zu bilden. Dieser Gedanke ist nie, nicht einmal experimentell, zur Ausführung gekommen. Falls weder die Wiederherstellung der Harnleitercontinuität noch die Blasen- oder Darmeinpflanzung gelingt und die Nephrectomie nöthig scheint, wäre es besser statt eine Hautmündung herzustellen den Harnleiter fest zuzubinden und zu versenken; eine solche aseptische Ligatur des Ureters ist ungefährlich und hat Nierenverödung zur Folge. So habe ich[96]) einmal mit Erfolg verfahren. Auch als ultimum remedium in Fällen von Ureterkompression durch Uteruskrebs scheinen uns diese und ähnliche operative Eingriffe wie die erwähnten so wenig gerechtfertigt, dass wir nur der Vollständigkeit halber erwähnen, dass Donnadieu[97]) neuerdings in solchen Fällen, an Stelle der Ureterenhauteinpflanzung der lumbaren Nephrotomie das Wort geredet hat.

Die Harnleiter-Harnröhreneinpflanzung, deren Entwicklung mit der Geschichte der Blasenextrophie und der totalen Blasenextirpation verbunden ist, hat viel grössere Bedeutung.

Es seien hier zunächst einige experimentelle Ergebnisse erwähnt. Poggi und Tizzoni[98]) wollten versuchen eine neue Blase zu bilden, um sie dem kranken wegzuschneidenden Organe zu substituieren. Sie rese-

cierten ein kurzes Darmstück, das mit seinem Mesenterium in Verbindung blieb, schlossen es an beiden Enden ab und stellten die Continuität des Darmkanals wieder her. Nach einiger Zeit schnitten sie die Blase aus, pflanzten die beiden Harnleiter in das isolierte Darmstück ein und vereinigten es mit dem von der Extirpation verschonten Blasenhals. Das Tier, welches beständig Harntraufeln hatte, konnte allmählig Urin zurückhalten und schliesslich urinierte es beinahe normal. Es starb nach drei Jahren und bei der Autopsie[99]) zeigte es sich, dass das Darmstück nicht die Blasenfunktion übernommen hatte, sondern dass aus dem übrig gebliebenen Blasenhals sich eine neue und geräumige Blase gebildet hatte.

Schwarz[100]) bewies durch zwei Experimente, dass wenn man die Blase, ohne das Trigonum, in welches die Ureteren münden, zu berühren, ausschneidet, nach einer gewissen Zeit sich eine geräumige Blasenhöhle bildet, indem sich das Trigonum ausweitet und neues Binde- und sogar Muskelgewebe erzeugt.

Später versuchte er[101]) ob, wenn man auch das Trigonum ausschneidet, indem man nur die Harnröhre belässt und in diese die Harnleiter einpflanzt, auch dann sich eine neue Höhle bilde, die fähig wäre den Harn anzusammeln und zurückzuhalten. Aus seinen Experimenten schloss er, dass diese Operation nicht nur an Hündinnen ausführbar sei, sondern auch, dass die Harnröhrenwand hinter den implantierten Harnleitern sich in kurzer Zeit ausweitete und hyperplastisch verdickte, dass sie ein neues Hohlorgan bildete, welches die anatomischen und physiologischen Zeichen einer normalen Blase darbot, während das unterste Harnröhrendrittel seinen früheren Charakter bewahrte. Ja, an der Uebergangsstelle zwischen der Harnröhre und der neuen Blase bilden die hyperplastischen quergestreiften Muskelfasern eine Art Sphincter, welcher dem normalen ähnlich funktioniert.

Die Harnleiter-Harnröhren-Einpflanzung wurde durch Gluck und Zeller (loc. cit.) für den Menschen vorgeschlagen und zum ersten mal von Sonnenburg[102]) ausgeführt, welchem es gelang in einem Fall von Blasenexstrophie, die Blase völlig auszuschneiden, die zwei Harnleiter in die Penisrinne zu befestigen und diese zu schliessen, so dass der mit einem tragbaren Apparat versehene Kranke nicht mehr an den Folgen seiner Incontinenz litt.

Sonnenburg folgten Niehaus[103]), van Iterson[104]) und Langenbuch[105]) mit Erfolg. Diese Operation wurde noch nicht in normalen Fällen nach vollständiger Blasenausschneidung ausgeführt; ihre Vornahme würde bei Frauen keinen grossen Schwierigkeiten begegnen. Wenn Schwarz's Versuche auch am Menschen sich bewähren sollten, so wäre diese Operation sicherlich jeder anderen vorzuziehen, weil sie eine nachfolgende Ureteren-Infektion vermeiden und alle Funktionen beinahe normal belassen könnte.

Die Harnleiter-Scheideneinpflanzung nach der vollständigen Blasenausrottung wurde von Pawlik[106]) vorgeschlagen und ausgeführt, und ist um so beachtenswerter, weil sie die erste erfolgreiche vollständige Blasenausschneidung war. Er pflanzte die Harnleiter in die Scheide ein, und schloss die letztere. Der Fall ist zu bekannt, als dass ich hier noch weitere Details anzugeben brauchte.

Aehnlich operierte Kosinski[107]) eine Frau mit Erfolg. Somit gelang die totale Blasenexstirpation zweimal bei der Frau; beim Mann folgte immer der Tod.

Die technischen Details sowie die Indikationen dieser Ausschneidung können in diesem Bericht keinen Platz finden. Es genügt die Erwähnung der zwei Fälle, um zu beweisen, dass Pawlik's Idee uns erlaubt diese gefährliche Operation an der Frau auszuführen, ohne dass sich in den Harnfunktionen später bemerkenswerte Störungen geltend machen. Sie ist immer ausführbar, falls die Frau sich in der Menopause befindet, sonst ist es nöthig den Uterus mitauszuschneiden, wie es Kosinski auch gethan hat.

Gern hätte ich nun noch von den Harnleiterstenosen und -Klappen und deren operativer Behandlung gesprochen sowie auch von der Ureterectomie. Da aber diese Gegenstände mit dem Entstehungsmechanismus der Hydronephrose resp. mit der Nierenausschneidung innig verbunden sind, glaube ich besser zu thun, sie für einen anderen Bericht über Nieren-Chirurgie aufzusparen.

Zum Schluss will ich noch knrz die vorläufige Mitteilung einer Arbeit von Casati und Boari[108]) anzeigen, wonach sie: 1. sich bemühten einen Harnleiter in den anderen einzupflanzen, ohne Erfolg — (siehe die oben citierte spätere Arbeit von Monari). — 2. eine Harnleiterplastik mittels eines röhrenförmig genähten Blasenlappens auszuführen, in den sie den künstlich verkürzten Harnleiter einpflanzten und so dessen Substanzverlust wieder ausgleichen konnten, mit Erfolg. Hiermit erreichten sie für einen Verlust von ungefähr der Hälfte des Harnleiters Ersatz zu schaffen — (siehe van Hook's Arbeit zu Vergleich). — 3. ein 5 cm langes Glasrohr oder ein Carotisstück einem Harnleiterstück zu substituieren. 4. die oben beschriebene Ureterplastik vorzunehmen und zwischen der aus der Blase gebildeten Röhre und dem proximalen Harnleiterende ein Stück Hühnerluftröhre einzuschieben, so dass der Ureter fast in seiner ganzen Länge substituiert werden konnte. Die Experimente hatten guten Erfolg, aber wie man sie auf den Menschen übertragen soll, ist schwer zu sehen.

Nachtrag zu S. 70 Bd. III. Heft 6 der Monatsschrift.

Iterum audiatur et altera pars.

Inzwischen hat in dem Streit Kelly-Pawlik dieser selbst zu einer scharfen Vertheidigung seiner Prioritätsrechte das Wort ergriffen („Entgegnung an Prof. Kelly", Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 27) und die von Rubeška aufgestellten Behauptungen, „dass es keinen Kelly'schen Ureteral-Katheter giebt" und „dass die sogenannte Kelly'sche Cystoscopie ganz und gar Pawlik gebührt" voll aufrecht erhalten unter Hinweis darauf, dass er Kelly bei einem von diesem abgeleugneten zweiten Besuch in Prag seine damaligen Instrumente zur Blasen-Endoscopie (Urethralspeculum mit Griff und elektrische Handlampe) gezeigt habe. Die Besichtigung der mit Luft gefüllten Blase in Knieellenbogenlage bei auffallendem oder reflektiertem Sonnenlicht durch ein vorn offenes Urethral-

speculum übe er bereits seit 1886. — Diese und noch andere von Pawlik gemachten sehr gravierenden Angaben zu widerlegen, wird Kelly kaum möglich sein und es bleibt ihm in beregter Sache wohl nichts, als dass er bei dieser in Einzelheiten modificierten Methode geblieben ist und ihre Brauchbarkeit weiter dargethan hat, während Pawlik sie zu Gunsten der direkten Endoskopie mittels einer elektrischen am Speculum selbst angebrachten Lichtquelle fast aufgegeben hat.

Sitzungsberichte.

Geburtshilflich-gynäkologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 3. März 1896.

Vorsitzender: Herr G. Braun; Schriftführer: R. Braun.

Herr Wertheim spricht über vaginale Ovariotomie und berichtet über 3 derartige Fälle. In allen 3 Fällen war die Cyste ohne irgend eine Adhaerenz, in einem Falle war die Cyste über mannskopfgross, in den beiden anderen Fällen etwa halb so gross. Vortragender will mit seiner Demonstration speciell darauf hinweisen, dass auch die grössten Cystome von der Scheide aus exstirpiert werden können, nur müssen ausgedehnte Adhäsionen der Cyste durch die Diagnose ausgeschlossen sein. Leichtere Adhäsionen können allerdings der Diagnose entgehen, werden aber die Entwicklung des entleerten Cystenbalges nicht hindern.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren Chrobak, Wertheim, v. Erlach und R. Braun.

Herr R. Braun demonstriert a) Cystenpräparate.

Eine $1^1/_2$ mannskopfgrosse uniloculäre Cyste wurde am 4. Wochenbettstage durch Laparotomie entfernt. Vortragender vergleicht die Vorteile der Laparotomie im Wochenbett mit denen der vaginalen Coeliotomie nach erfolgter Involution des Uterus. Entschliesst man sich zur Laparotomie, so könne man in den ersten Tagen des Wochenbettes schon operieren.

Ferner demonstriert Vortr. die Präparate und Abbildungen von beiderseitigen Cysten bei Schwangerschaft von 3 Monaten, wovon eine Cyste torquiert war (wegen Erscheinungen der Stieltorsien aufgenommen), ferner zwei Dermoidcysten, von denen eine jede durch die vaginale Coeliotomie entfernt wurde; die erste acht Wochen post partum, die zweite von einer 34jährigen Nullipara (beide von Kindskopfgrösse).

b) Ferner demonstriert Vortr. ein osteomalacisches Becken, das von einer Frau stammt, die an einer kompletten Uterusruptur, mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle, nach der Laparotomie zu Grunde gegangen ist. Im Anschluss daran tritt er für eine von der Regel abweichende Versorgung des Uterusstumpfes ein. Partienweises Umstechen des unteren Uterinsegmentes, Abtragen des Uterus über den Umstechungen, Einführen eines mit Jodoformgazestreifen bis beiläufig zu Kindskopfgrösse ausgefüllten Mikulicz-Tampon in der Weise, dass die Enden desselben durch die Vagina gezogen werden.

c) Endlich teilt Vortr. eine Beobachtung mit, nach welcher es den Anschein hatte, als ob die Darreichung von Thyrioidin in Tabletten während der Schwangerschaft bei Beckenenge einen günstigen Einfluss auf die geringere Entwicklung des Kindes hatte.

Herr Hink berichtet über einen sehr interessanten Fall von allem Anscheine nach spontan entstandener Inversio uteri und demonstriert sowohl das Präparat als die ausgezeichnete Moulage (erscheint ausführlich).

Herr Haberda demonstriert ein analoges Präparat von totaler Inversio uteri, die infolge von Anziehen der Hebamme am Nabelstrang entstanden war.

Herr Knauer demonstriert eine Dermoidcyste, deren Inhalt aus zahlreichen runden Kugeln, in die der Dermoidbrei zerfallen ist, nebst einem Knäuel von Haaren besteht, ferner eine Tuboovarialschwangerschaft mit einer im 8. Monat befindlichen, in Lithopaedion-Bildung begriffenen Frucht (erscheint ausführlich).

Herr Ludwig demonstriert ein interessantes Präparat einer Ovarialschwangerschaft (erscheint ausführlich).

Buchanzeigen.

G. Winter. **Lehrbuch der Gynäkologischen Diagnostik** unter Mitarbeitung von Dr. Carl Ruge. Leipzig, Verlag von S. Hirzel. 1896.

Die gynäkologische Diagnostik in ihrer heutigen Ausbildung und Vollkommenheit ist eine Errungenschaft der jüngsten Zeit. Im Laufe der letzten 20 Jahre und besonders im letzten Jahrzehnt hat sie sich zu der Höhe entwickelt, die sie heute auszeichnet. Durch 2 Faktoren ist dies erreicht worden; einmal durch die Ausbildung der kombinierten Untersuchung und ferner durch die Einführung und die Fortschritte der mikroskopischen Diagnostik. Durch die kombinierte Untersuchung können wir heute den grössten Teil aller pathologischen Affektionen der weiblichen Genitalien mit Sicherheit diagnosticieren. Winter hat es sich nun zur Aufgabe gemacht, ein ebenso erschöpfendes wie übersichtliches Bild für das ärztliche Publikum zu entwerfen von der Höhe der Entwicklung, welche die gynäkologische Diagnostik bis heute erreicht hat. Er hat diese Aufgabe in glänzender Weise gelöst. Auf Grund langjähriger, reicher Erfahrung als klinischer Lehrer hat er mit ausserordentlichem Fleiss eine grosse Fülle von Thatsachen und originalen Beobachtungen zusammengestellt und diesen reichhaltigen Stoff in anschaulicher, übersichtlicher Form angeordnet, die einzelnen Kapitel in eigenartiger Weise eingeteilt und behandelt, sodass wir in Winter's „gynäkologischer Diagnostik" ein ausgezeichnetes Lehrbuch begrüssen können, welches mit Recht einen hervorragenden Platz in der modernen gynäkologischen Litteratur beanspruchen darf.

Der Wert des Winter'schen Lehrbuches ist dadurch noch besonders erhöht, dass der Schöpfer der mikroskopischen Diagnostik in der Gynäkologie, der unbestrittene Meister auf diesem Gebiete, Karl Ruge, seine — wie Winter mit Recht sagt — für die praktische Gynäkologie eminent wichtigen Lehren und Erfahrungen darin niedergelegt hat. Nicht allein für das grössere, ärztliche Publikum, sondern besonders für die Gynäkologen werden die von Karl Ruge bearbeiteten Kapitel der mikroskopischen Diagnostik eine sehr willkommene Gabe sein.

Aus der reichen Fülle des Gebotenen sei es uns gestattet, einige Punkte und Fragen hervorzuheben, auch solche, bei welchen eine abweichende Ansicht Berechtigung hat.

Im ersten Kapitel der allgemeinen Diagnostik sagt Winter, dass für die Untersuchung gynäkologischer Kranker das Untersuchungs-Sopha in Rücksicht auf die Bequemlichkeit und die Decenz zweifellos am geeignetsten erschiene, man könne sondieren, Milchglas-Specula einführen, massieren, ätzen u. s. w. Wir glauben, dass W. bei vielen Fachgenossen mit dieser Ansicht auf Widerspruch stossen wird. Die gynäkologischen Manipulationen sind durch die Lagerung der Patientin auf dem Sopha auch für den geübten Gynäkologen grösstenteils erschwert. Die Rücksicht auf die Decenz darf nicht so weit getrieben werden, dass die ärztlichen Manipulationen dadurch behindert sind. Die Lagerung der Kranken auf dem Untersuchungs-Stuhl ist für die gynäkologische Behandlung

und für genauere Diagnosen prinzipiell die richtige. Das Untersuchungs-Sopha sollte nur für die Diagnose leichterer Fälle und vorzugsweise für die äussere Untersuchung reserviert bleiben.

Bei der Menstruation findet nach Karl Ruge die Blutung an der Oberfläche oft zwischen Epithel und Stroma statt, es erheben sich buckelartige Blutergüsse, mit Epithel überzogen (Epithelialhämatome Gebhard's), die gelegentlich platzen und den Inhalt in die Uterus-Höhle ergiessen. Eine völlige Ausstossung der Schleimhaut oder auch nur eine regelmässige Entfernung von grossen epithelialen oder bindegewebigen Partien derselben findet nicht statt.

Den Consistenz-Wechsel des Uterus hält Winter für das sicherste Zeichen in der Diagnose auf Schwangerschaft in der ersten Hälfte. Das Hegar'sche Schwangerschafts-Zeichen, welches in der Compressibilität des untern Uterin-Segmentes beruht, erkennt Winter an, giebt jedoch dafür eine andere Erklärung als Hegar. Nach Hegar entsteht diese Compressibilität durch Entweichen des Eies nach oben infolge des Druckes der palpierenden Finger. Nach Winter liegt der Grund dieser Erscheinung darin, dass die beiden aufeinander liegenden Uterus-Wandungen sich dünner und weicher anfühlen als der obere, vom Ei ausgefüllte Teil des Corpus.

Eine Probeausschabung bei Graviditas extra-uterina zum mikroskopischen Nachweise der Decidua hält Winter für unzulässig, weil dadurch Ruptur des Fruchtsackes oder Verjauchung des Blutergusses und schliesslich Exitus letalis eintreten kann. Für die Diagnose des Frucht-Todes bei Extrauterin-Schwangerschaft haben langandauernde uterine Blutungen den grössten Wert.

Die einzelne Deciduazelle bietet nach Karl Ruge nichts Charakteristisches dar, sodass sie als solche bei vereinzeltem Vorkommen nicht sicher erkannt werden kann. Vom entzündlich gewucherten Stroma lässt sich die Decidua durch die gleichmässig grossen, dicht nebeneinander liegenden Zellen trennen, vom Sarkom unterscheidet sie sich durch die Gleichmässigkeit ihrer Elemente und der Anordnung. Für Sarkom entscheidet das Atypische, für Decidua das Gleichmässige. Auch bei Dysmenorrhoea membranacea kommt die Gleichmässigkeit der Elemente der Decidua gravididatis nicht vor. Die histologische Beschaffenheit der dysmenorrhoischen Membranen gleicht meist dem Bilde einer interstitiellen exsudativen Endometritis.

Die sogen. Fibrinkeile in der Placenta sind kein sicheres Zeichen für Lues, da sie auch bei einfach entzündlichen Vorgängen beobachtet werden.

Die Aufrichtung des retroflektierten Uterus mit der Sonde hält Winter für eine Reihe von Fällen für berechtigt. Wird dieselbe vorsichtig angewendet, so wird sie den Uterus in einer für die Kranke schmerzloseren Weise heben, als eine „ungeschickte manuelle Aufrichtung." Wir freuen uns, dass Winter diesen entschieden richtigen, vermittelnden Standpunkt einnimmt im Gegensatz zu der Ansicht einzelner Schulen, welche die Sonde als Aufrichtungsmittel prinzipiell verwerfen.

In der Diagnose der Myome spielt die Palpation der Adnexe eine grosse Rolle. Am wichtigsten ist dabei der Verlauf der Ligamenta rotunda. An der Hand instruktiver schematischer Zeichnungen giebt Winter eine genaue Anleitung zur Palpation derselben.

Sehr übersichtlich ist die Differentialdiagnose zwischen Ovarialtumoren und Myomen dargestellt. Das wichtigste Unterscheidungsmittel bietet die Konsistenz und die Verbindung der Tumoren mit dem Uterus.

Bei der Einteilung der Carcinome wird nach dem Vorgange von Ruge und Veit die Schleimhaut als Ausgangspunkt genommen. Es werden die drei Hauptformen unterschieden: Carcinom der Portio vaginalis, des Cervix und des Corpus uteri. Die Methode der Krebsdiagnose muss nach Sitz und Entwickelung eine verschiedene sein. In der Diagnose des Corpuscarcinoms ist das Mikroskop das souveraine Mittel. Eine Austastung der Uterushöhle kann hier in Bezug auf Sicherheit der Diagnose mit der Probeausschabung und mikrospischen Untersuchung der curettierten Massen nicht konkurrieren. Die Austastung nach vorausgegangener Erweiterung ist gefährlicher als die Ausschabung und der Palpationsbefund giebt häufiger Veranlassung zu diagnostischen Irrtümern, als eine mikroskopische Untersuchung von kundiger Hand.

Sehr ausführlich behandelt Winter das wichtige Kapitel von der Ausbreitung des Krebses ausserhalb des Uterus. Bei Erkrankung der vorderen Wand des Cervix ist es wichtig, möglichst früh erkennen zu können, ob die Blasenwand an dem carcinomatösen Process bereits teilnimmt. Das einzige Mittel zur Beurteilung dieses Zustandes ist das Cystoskop. Nach Winter sprechen schon die ersten Veränderungen, d. i. eine starke Faltung der Blasenschleimhaut für Erkrankung des Septum vesico-vaginale.

Bei Erkrankung der Vulva kann die Differential-Diagnose zwischen Lues und Carcinom grosse Schwierigkeiten bieten. In zweifelhaften Fällen rät Winter zunächst eine energische antisyphilitische Kur, da die relative Gutartigkeit der Vulva-Carcinome diesen Zeitverlust von einigen Wochen zulasse. Wir möchten annehmen, dass in solchen Fällen die mikroskopische Untersuchung excidierter Stückchen schneller zum gewünschten Ziele führen kann.

Von cardinaler Bedeutung ist das von Karl Ruge bearbeitete Kapitel der mikroskopischen Diagnose der malignen Erkrankungen des Uterus. Gerade dieser Abschnitt, in welchem eine Fülle der wichtigsten Thatsachen und Beobachtungen zusammengedrängt ist und der auf das Deutlichste zeigt, bis zu welcher Vollkommenheit die mikroskopische Diagnostik in der Gynäkologie sich entwickelt hat, ist ein ehrendes Zeugnis dafür, wie viel die gesamte Gynäkologie der jahrelangen, ebenso unermüdlichen wie streng wissenschaftlichen Arbeit Karl Ruge's verdankt.

Die mikroskopische Diagnose des Carcinoms beruht einzig auf den Nachweis seiner histologischen Zusammensetzung. Die Frühdiagnose ist von eminenter Wichtigkeit. Es ist durchaus falsch, diese Diagnose abhängig zu machen von dem histologischen Nachweis des Uebergreifens des Carcinoms auf das umgebende Gewebe, so z. B. eine Affektion der Uterusschleimhaut erst dann als maligne anzuerkennen, wenn sie bereits auf die Muskulatur des Uterus übergegriffen hat. — Von einfachen Oberflächenveränderungen, Epidermidalisierungen u. s. w. unterscheiden sich die carcinomatösen Entartungen dadurch, dass sie in die Tiefe des Gewebes unaufhaltsam eindringen, dass sie insofern im Gewebe heteroplastisch auftreten, als sonst niemals daselbst epitheliale Wucherungen vorkommen. — Das maligne Adenom, die krebsige Neubildung mit einschichtigem Epithel kann sich einmal von der Portio aus entwickeln, d. h. von dem Cylinderepithel aus, welches die Oberfläche einer Erosion überzieht, ferner vom Cervix und endlich von den Drüsen der Corpusschleimhaut aus.

Das Syncytioma malignum zeichnet sich durch eine bestimmte Aetiologie aus. Diese Neubildung ist ohne Schwangerschaft nicht möglich. Die epithelialen Massen stammen von den epithelialen Bestandteilen, welche die Chorionzotten bekleiden, einmal von dem Syncytium (umgewandeltes Uterinepithel) und zweitens von der unter dem Syncytium befindlichen fötalen Ektoderm-Schicht. Das Syncytioma malignum kann schwere Vaginal- und Pulmonalmetastasen machen. Die Metastasen nehmen ihre Verbreitung wesentlich in den Blutbahnen. Eine maligne Degeneration der Chorionzotten selbst oder auch der decidualen Bestandteile ist bis jetzt noch nicht sicher erwiesen.

Den Nachweis einer Verdickung am uterinen Teile der Tube hält Winter für das sicherste Zeichen eines entzündlichen Tubentumors. Für Tubenschwangerschaft ist meistens das Freibleiben des uterinen Endes charakteristisch. — Mit Recht wird die Probe-Punktion zur Diagnose der Tubentumoren verworfen. Sie kann stets durch genaue Palpation ersetzt werden.

Das Kapitel über die Parametritis exsudativa ist ausserordentlich schön und klar behandelt. Als Parametritis retrahens bezeichnet Winter eine chronische Entzündung des Beckenbindegewebes, welches sich von vorneherein in Verdichtungen und Schrumpfungen äussert und sich speciell in den beiden Douglasfalten localisiert. Gelegentlich wird auch das Bindegewebe im Lig. infundibulopelvicum befallen. Es schrumpft und fixiert den Eierstock an der Beckenwand. Winter nennt diesen Zustand Paraoophoritis.

Bei der Einteilung der Endometritis ist der anatomische Standpunkt für die Praxis nicht durchführbar. Winter verzichtet deshalb auf jede Einteilung, fasst den Begriff der Endometritis als ein ganzes auf und sondert die Diagnose einzelner Formen aus dem Gesamtbilde aus, z. B. Endometritis gonorrhoica, exfoliativa, fungosa. — In ausgedehnter Weise empfiehlt Winter die Anwendung des Schultze'schen Probetampons zur Diagnose des Ursprungs der Katarrhe.

Wir sind überzeugt, dass viele Gynäkologen mit den betreffenden Ausführungen Winter's nicht einverstanden sein werden, da gerade für die wichtige Frage, ob der Katarrh am Os internum Halt gemacht oder auch das Corpus mitergriffen hat, der Probetampon oft im Stich lässt, wie Winter selbst zugesteht.

Bei der interstitiellen und glandulären Endometritis kann es, wie Karl Ruge betont, dazu kommen, dass die Stromazellen sich erheblich verändern und vergrössern. Sie können dadurch Anlass zur Verwechslung mit Decidua und Sarkomzellen geben. Die genaue Durchführung der Differentialdiagnose dieser verschiedenen histologischen Processe ist von grossem praktischen Interesse. Ebenso instruktiv ist die Besprechung der Differentialdiagnose zwischen Endometritis glandularis und Adenoma malignum.

Die Missbildungen der inneren Genitalien teilt Winter in 2 Gruppen, welche in sich abgeschlossen sind. Die erste Gruppe umfasst alle Fälle von ungenügender Entwickelung des Uterus und der Vagina, während die andere die Doppelbildungen in sich begreift.

Das Cystoscop erklärt Winter für ein unentbehrliches Instrument für den Gynäkologen. Die Indikationen zur Anwendung desselben ist gegeben einmal bei gewissen Formen des Blasenkatarrhs, ferner bei hochgradigen Eiterungen, um zu entscheiden, ob der Eiter von der Blase geliefert wird oder ob er perforierten Abscessen, Pyosalpingen oder der Niere entstammt. Weiter ist das Cystoscop wichtig zur Diagnose bei erheblichem oder dauerndem Blutabgang mit dem Urin, ferner zur Diagnose von Steinbildung und Fremdkörpern. Die Austastung der Blase ist nur dann berechtigt, wenn die Cystoscopie bei andauernd dickem und blutigem Urin nicht ausführbar ist oder unsichere Resultate ergiebt.

In dem Kapitel: „Analytische Diagnostik" giebt Winter eine systematische Anleitung zur Erkennung der Ursachen der Blutungen, der Amenorrhoe, der Dysmenorrhoe und der Sterilität.

In einem Viertel bis einem Drittel der Fälle ist die Azoospermie des Mannes für die Sterilität der Ehe verantwortlich zu machen. Von Seiten der Frau ist die Endometritis die häufigste Ursache der sterilen Ehen.

Um im gegebenen Falle zu erkennen, ob eine Frau conceptionsfähig ist, also, um den Nachweis zu führen, dass keine Veränderung der beteiligten Organe vorliegt, welche Sterilität zu erzeugen imstande ist, rät Winter stets die Untersuchung in Narkose vorzunehmen. Die analytische Diagnostik der Bauchgeschwülste macht den Beschluss des interessanten Werkes.

Die Ausstattung desselben durch die Hirzel'sche Verlagsbuchhandlung ist eine glänzende. Das Winter-Ruge'sche Lehrbuch zeichnet sich durch eine Fülle von schönen, instruktiven Zeichnungen aus. Die mikroskopischen Bilder sind Wiedergaben der von Gebhard angefertigten vorzüglichen Mikrophotographien. Grossen Wert haben die zahlreichen Palpationsbefunde, welche Winter nach genauen Messungen an der Lebenden fixiert hat.

Es ist für uns zweifellos, dass das Winter-Ruge'sche Lehrbuch schnell eine grosse Verbreitung erlangen wird. Nicht allein jeder Arzt, sondern auch jeder Gynäkologe von Fach kann aus demselben lernen. Allen Lesern des Buches wünschen wir soviel Freude und Genuss bei dem Studium desselben, als wir selbst dabei empfunden haben. Möchte das schöne Werk recht viele Auflagen erleben.

N. Flaischlen.

M. Runge: **Lehrbuch der Geburtshilfe.** III. Auflage 1896. Berlin, Verlag von J. Springer.

Da das vorliegende Lehrbuch in dieser Zeitschrift noch nicht besprochen worden ist, sei ein ausführlicheres Referat gestattet.

Das Werk verfolgt in erster Linie den Lehrzweck und es hat der Autor die Aufgabe „die Lehren und Forschungsergebnisse der wissenschaftlichen Geburtshilfe, welche in den allgemeinen Besitz der Fachgenossen übergegangen sind, in gedrängter Kürze und schlichter Form zu geben" in der That in ausgezeichneter Weise gelöst. Demgemäss ist natürlich die Diskussion streitiger Meinungen auf ein geringes Mass beschränkt, eine Polemik völlig vermieden worden. Ziemlich eingehend ist aber die neueste Litteratur, auf welche sich in der Hauptsache auch die Citate beschränken, berücksichtigt worden. Besonderer Werth ist ferner

auf die physiologisch bewiesenen Thatsachen gelegt. Dies diente dem Verf. durchgehends als Grundlage für die Verständlichmachung mannigfacher Vorgänge, auch pathologischer Natur, bei der Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerin — ein grosser Vorzug des Buches. Bezüglich der Einteilung des Stoffes ist Verf. insofern von dem üblichen abgewichen, als er hinter den Kapiteln der Physiologie und Diätetik der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts die geburtshilfliche Operationslehre bringt. Diese Abweichung ist nicht gerade glücklich zu nennen; dem Lernenden wird dadurch z. B. die Operation der Wendung beigebracht, ehe er weiss, was eine Schieflage ist.

Dass die Pathologie des Neugeborenen mit Ausnahme der Wundinfektions-Krankheiten fehlt, erklärt sich zwar durch das Vorhandensein eines diesbezüglichen Werkes des Verf., jedoch wäre ein kurzer Abriss dieses Themas auch im Lehrbuch wohl erwünscht.

Von Einzelheiten, die Ref. aus der sonst vorzüglichen Darstellung des Stoffes aufgefallen sind, seien folgende hervorgehoben: in der Physiologie der Schwangerschaft sind die Ursachen der Lage des Foetus etwas knapp dargestellt. Für die I. Lagen wird unter ihnen das Nachvornliegen der linken Uteruskante gar nicht erwähnt (pag. 33), obwohl einige Seiten hinterher (pag. 41) diese Thatsache an sich konstatiert wird. Bezüglich der Nichtverwendung des Cervix in der Schwangerschaft steht R. auf dem alten Schröder'schen Standpunkte, erwähnt aber die Ansichten von Bandl, Küstner, Bayer, Zweifel u. A. — Physiologie der Geburt: bei der geburtshilflichen Untersuchung des vorliegenden Teils ist das Umfassen des letzteren mittels Daumen und Mittelfinger von unten her (pag. 54), bei der inneren Untersuchung die Austastung des kleinen Beckens nicht erwähnt (pag. 58). Sehr beherzigenswert ist der Rat bei der Touchierung Schwangerer den Finger zum eigenen Schutz mit Vaseline einzufetten. — pag. 65 stellt R. die allerdings in den meisten Lehrbüchern sich findende, aber nicht der Wirklichkeit entsprechende Behauptung auf, dass bei M.-paris der vorliegende Teil bis zur Geburt beweglich bleibe. Sehr zutreffend ist dagegen die Bemerkung, dass die Unterscheidung zwischen alten und neuen Striae oft eine recht problematische sei. Den Ausdruck „Verstrichensein" wendet R. auf den Muttermund (pag. 95) an; präciser dürfte es sein, diesen Ausdruck nur von der Portio zu gebrauchen und hinsichtlich des Muttermundes von „vollständiger Erweiterung" zu reden.

Bei dem Geburtsmechanismus schildert R. als abweichende Mechanismen nur die eigentlichen Vorderschädellagen (cfr. auch Fig. 38), wobei die grosse Fontanelle tiefer tritt und die Gegend oberhalb der Stirnhöcker das Hypomochlion bildet und nennt diese 3. und 4. Schädellagen (pag. 117). Hierdurch dürfte für den Anfänger leicht Verwirrung gestiftet werden. Die Häufigkeit der Ueberdrehung der Schultern schätzt R. auf 10 pCt.

Für die Leitung der Geburt empfiehlt R. ein möglichst aseptisches Vorgehen. Bei der speciellen geburtshilflichen Untersuchung vermisst Ref. eine genaue Bestimmungsmethode des Tiefstandes des Kopfes; es heisst nur: „je mehr vom Kreuzbein noch abzutasten ist, um so höher steht der Kopf; ist kein Abschnitt vom Kreuzbein mehr zu fühlen, so steht der Kopf im Beckenausgang" (pag. 169). — Sehr warm empfiehlt R. die Episiotomie und zwar immer dann, „wenn man das Gewebe des Dammes in der Gegend des Frenulum beim Andrängen des Kopfes bereits auseinanderweichen sieht." Als Nabelschnurverband wird einfache aseptische Gaze oder Leinwand empfohlen, nicht Watte, wegen des Anklebens. Sehr wahr ist die besonders betonte Beobachtung, dass alte trübe Höllensteinlösung, auch wenn nur 1 Tropfen instilliert wurde, heftige Reizungserscheinungen hervorruft. — Nicht zustimmen kann Ref. der Behauptung, dass die Geburt in Stirnlage nur bei kleiner Frucht und geräumigem Becken möglich sei.

In der Operationslehre verhält sich R. ablehnend gegen die häufige bezw. nicht streng indicierte Anwendung der Dührssen'schen Cervixincisionen. Die Symphysiotomie wird als vollberechtigte Operation, sogar im Privathause, anerkannt; nach derselben entbindet R. sofort, da er die Operation nur bei gut vorbereiteten Weichteilen macht. — Die kombinierte Wendung wird empfohlen ausser bei Placenta praevia (gar als oberste Methode) und bei Querlage, wenn bei engem Muttermund bereits die Blase gesprungen ist, bei Nabelschnurvorfall

und geringer Eröffnung des Muttermundes anstatt der in ihrer Wirkung viel unsicheren instrumentellen Reposition. — Bei Anlegung der Zange empfiehlt R. nicht die Löffel in der Gegend der Articulatio sacroiliaca einzuführen, sondern im queren Durchmesser und lässt somit das Wandernlassen des Löffels bereits beginnen, wenn die Hälfte des Fensters in den Genitalien verschwunden ist. Während bei Gesichtslagen mit Kinn hinten jeder Zangenversuch verworfen wird, gestattet ihn R. bei Stirnlagen (pag. 237). Die Lösung des vorderen Armes bei Beckenendlagen wird principiell von vorn empfohlen; das sei leicht und es werde dabei ein Handgriff (Drehung des Körpers um die Längsaxe) erspart, welcher übrigens oft genug erst eine falsche Armlage erzeuge. Zur Lösung heraufgeschlagener Arme empfiehlt R. 4 Finger zu nehmen. Die Anwendung des stumpfen Hakens bei lebendem Kind sei durchaus verboten. Nicht erwähnt ist bei Beschreibung der Extraktion am Beckenende das Hervorziehen der Nabelschnur, sobald der Nabel geboren ist. — Ist ein Kind in Kopflage abgestorben, so soll man, falls der Kopf noch irgend einen erheblichen Widerstand zu überwinden hat, sogleich perforieren und nicht erst auf Indicationen seitens der Mutter warten; zur Extraktion wird ausschliesslich der Cranioclast empfohlen.

In der Pathologie der Schwangerschaft wird bei Hyperemesis grav. oft eine völlige Abstinenz von mehr als 12—24 Stunden (welche Frist Verf. angiebt) angezeigt sein. — Sehr wertvoll ist die Bestimmung des Termins des stattgehabten Todes der Frucht nach den Verfärbungen des Glaskörpers und der Linse (pag. 332), da der Grad der Maceration keinen Schluss gestatte. — Bezüglich der Behandlung des Aborts will R. die konservative Behandlung gewahrt wissen.

In der Pathologie der Geburt seien folgende Punkte hervorgehoben: als hinterer Messpunkt der Conj. ext. dient R. die seichte Grube unterhalb des Proc. spin. des 5. Lendenwirbels (warum nicht letzterer selbst? Ref.) (pag. 371). Die Notwendigkeit einer Beckenausgangsmessung erkennt R. an und schildert dafür die Breisky'sche Methode. — Wenn R. 14 - 20 pCt. aller weiblichen Individuen jenseits der Pubertät als Trägerinnen enger Becken bezeichnet, so gilt das jedenfalls nicht für alle Gegenden bezw. Orte. Den Abzug von der Conj. diag., um die C. vera zu erhalten, giebt Verf. sowohl beim normalen als auch beim rhachitisch platten Becken auf 1,8—2 cm an (pag. 374 u. 385). Besonders für die letztere Art Becken ist diese Zahl entschieden zu hoch. (Ref.) — Ausgezeichnet klar und verständlich ist der Verlauf und die Leitung der Geburt beim platten Becken dargestellt. Bei diesem Becken verwirft R. grundsätzlich die sog. hohe Zange bei Asphyxie des Kindes wegen der dabei erfolgenden Kompression des Kopfes von vorn nach hinten. Hiezu ist aber zu bemerken, dass R. bei dieser Operation die Anlegung der Löffel nicht im schrägen, sondern im queren Durchmesser im Auge hat. Wenn dagegen nicht Asphyxie, sondern Druckerscheinungen der mütterlichen Weichteile die Indikation zur Entbindung beim lebenden Kinde abgeben, erlaubt R. dem gewandten Operateur die hohe Zange auch bei plattem Becken. Sehr gut ist ferner die Darstellung des Geburtsverlaufs beim allgemein gleichmässig verengten Becken, wobei jedoch auf die Verengerung des Ausgangs etwas mehr Gewicht hätte gelegt werden können: der Effekt derselben, insofern er sich „in bösen Zerreissungen" der Vagina etc. bei der Zangenextraktion äussert, ist erwähnt.

Nicht sehr empfehlenswert findet Ref. den Rat, bei totalen Dammrissen die Mastdarmnähte in dem Lumen des Darms zu knüpfen; Lauenstein'sche Suturen sind jedenfalls vorzuziehen.

Das letzte Kapitel: Die Pathologie des Wochenbetts hat eine knappe, aber ebenfalls sehr klare Darstellung erfahren.

Die schweren Formen des Puerperalfiebers, die metrophlebitische und die lymphatische Form sind, wie üblich, als getrennte klinische Bilder skizziert, aber dabei ist betont, dass Mischformen häufig zur Beobachtung kommen. Etwas knapp ist das Kapitel über die Phlegmasia alba dolens. R. beschreibt darin nur die septische Form, welche „wahrscheinlich immer ihren Ausgangspunkt von einer Parametritis nimmt;" gleichzeitig bestehe dabei eine Schenkelvenenthrombose. Die Prognose sei im allgemeinen gut bei geeigneter Behandlung; natürlich drohe Embolie der Lungenarterie. Nicht erwähnt ist die Phlegmone cruralis ohne Thrombose.

Unter den gutartigen Erkrankungen finden die uncomplicierten Venenthrombosen der unteren Extremitäten Erwähnung. — Ob zur Hebung einer wirklichen Koprostase im Wochenbett Ricinusöl und Klystiere immer genügen, ist Ref. etwas fraglich.

R. Klien-München.

Tages-Nachrichten und Notizen.

Die „Italienische Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie" versandte eben den II. Band ihrer Verhandlungen in dem stattlichen Umfang von 483 Seiten. (S. die Titel der Vorträge am Schlusse des Litteratur-Verzeichnisses). Gegründet zur Zeit des X. Internationalen medicinischen Kongresses in Rom 1894 besitzt sie z. Z. 102 Mitglieder, wovon 21 als Förderer (Soci promotori), 51 als Gründer (S. fondatori) und 28 als ordentliche Mitglieder aufgeführt werden. Dazu kommen noch 5 korrespondierende Mitglieder. Gestorben ist erst ein Gründungsmitglied, Alessandro Cuzzi, an welchen die italienische Gynäkologie einen ihrer genialsten und fruchtbarsten Vertreter verloren hat. Der Kongress wurde daher auch mit einer Gedächtnisrede auf Cuzzi eröffnet, gehalten von Guzzoni degli Ancarani und beschlossen einen Cuzzi-Preis zu stiften. Zum Vorsitzenden des zweiten Kongresses war Morisani gewählt worden.

Der bis 1898 gewählte Geschäftsausschuss besteht aus den Herrn Pasquali (Vorsitzender), La Torre und Rocchi.

Dr. Otto Sarwey hat sich für Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Tübingen habilitiert.

Gestorben am 19. Juni im 58. Lebensjahre der Privatdocent für Gynäkologie an der Wiener Universität Dr. Wilhelm Schlesinger. Im Beginn seiner wissenschaftlichen Laufbahn erschienen von ihn in rascher Folge eine ganze Reihe wertvoller Arbeiten: über Innervation und Bewegungsvorgänge des Uterus, Architektonik des weiblichen Beckens, Dysmenorrhoe etc. sowie sein bekanntestes Werk „Anatomische und klinische Untersuchungen über die extraperitonealen Exsudationen im weiblichen Becken." In späterer Zeit hat er sich in litterarischer Hinsicht mehr der Leitung der von ihm gegründeten „Wiener Medicinischen Blätter" gewidmet, in welchen Dank seiner Bemühung, zahlreiche Arbeiten unserer bedeutendsten Fachgenossen erschienen sind.

Für die geburtshülflich-gynäkologische Sektion der Frankfurter Naturforscherversammlung sind bis jetzt folgende Vorträge angemeldet worden:

1. Geh.-Rat Fritsch in Bonn: Tod nach Laparotomie. — 2. Prof. Freund in Strassburg: Ueber die Einheilung des Uterus in die Vagina behufs Heilung von Fisteln und Vorfällen, mit Krankenvorstellung. — 3. Prof. Peter Müller in Bern: Ueber Prolapsoperation. — 4. Prof. Löhlein in Giessen: Ueber Beckenschätzung. — 5. Prof. Hofmeier in Würzburg: Thema vorbehalten. — 6. Geh.-Rat Olshausen in Berlin: Thema vorbehalten. — 7. Dr. Mackenrodt in Berlin: Ueber abdominale und vaginale Vesicofixation. — 8. Direktor Dr. Freund in Strassburg: Thema vorbehalten. — 9. Prof. v. Herff in Halle: Ueber Scheidenkrebs nebst Bemerkungen über Impfrecidive. — 10. Baron Dr. Oefele in Neuenahr: Gynäkologie der vorhippokratischen Kulturvölker. — 11. Dr. Kötschau in Köln: Thema vorbehalten. — 12. Prof. Döderlein in Leipzig: Die neuen Operationswege in der Gynäkologie. — 13. Dr. Kugelmann in Hannover: Die Behandlung der Parametritis und deren Produkte ohne Operation.

— 14. Dr. Eberhart in Köln: Ueber den Wert der Laminaria-Behandlung. — 15. Dr. Walther in Giessen: Thema vorbehalten. — 16. Dr. Strassmann in Berlin: Thema vorbehalten. — 17. Dr. Gottschalk, Berlin. Zur Lehre von der Atrophia uteri. — 18. Privatdocent Dr. Carl Jacoby in Strassburg: Ueber die Wirkung des Sphacelotoxins auf den Uterus.

Für gemeinsame Sitzungen mit anderen Abteilungen:

Mit Abteilung 21, Dermatologie und Syphilis: 19. Prof. Bumm in Basel: Ueber Gonorrhoe. — 20. Docent Dr. Wertheim in Wien: Ueber Gonorrhoe. — 21. Prof. Sänger in Leipzig: Ueber residuale Gonorrhoe. — 22. Geh.-Rat. Neisser in Breslau: Ueber die Bedeutung der Gonococcen für die Diagnose der weiblichen Gonorrhoe. — 23. Dr. med. Karl Touton in Wiesbaden: Zur Diskussion gemeldet. 24. Dr. med. Theodor Baer in Frankfurt a. M.: Zur Diskussion gemeldet.

Die Herren Dr. Sippel (Einführender) und Dr. Kallmorgen (Schriftführer) bitten um weitere Anmeldungen.

Das „Comité d'organisation" des II. Internationalen Gynäkologencongresses in Genf versendet unter dem Datum des 10. Juni ein zweites Circulär. Demnach wurde an Stelle des verstorbenen Vulliet, Prof. Auguste Reverdin zum Vorsitzenden des Comités erwählt. Die Eröffnung des Congresses ist auf den 31. August, der Schluss auf den 5. September festgesetzt. Die Sitzungen werden in der grossen Aula der Universität abgehalten, die Eröffnungssitzung in Gegenwart des Schweizer Bundespräsidenten.

Falls es sich nötig machen wird, sollen Geburtshülfe und Gynäkologie zwei gleichzeitig tagende Sectionen bilden.

Mitteilungen betreffs Vorträgen und Demonstrationen sollen vor dem 10. August an die Generalsecretäre Dr. Bétrix (für Gynäkologie) und Dr. Cordès (für Geburtshülfe) gerichtet werden. Gegenstände für die zu veranstaltende internationale Ausstellung geburtshülflich-gynäkologischer Instrumente müssen vor dem 10. August eingesendet werden (Adresse: L' Université, rue de Candolle).

Ein officieller Wohnungsnachweis ist im Bahnhof Cornarvin eingerichtet.

Die Mitgliederkarten können durch Einsendung von 30 frcs. (10 frcs. für eine Damenkarte) an den Schatzmeister Dr. Bourcart bezogen werden.

In dem Programm werden keine Einzelvorträge mitgeteilt.

Folgt die Liste der officiellen Delegierten. Auch zwei Regierungen entsenden solche, die französische und spanische. Sonst ist England, Russland, Belgien officiell vertreten durch je 1 wissenschaftliche Gesellschaft, Holland und Nordamerika durch je 2, Spanien durch 5. Für Deutschland werden 14 Ehrenpräsidenten aufgeführt: (Dohrn, Freund sen., Fritsch, Hegar, Hofmeier, Küstner, Leopold, Löhlein, Martin, Sänger, J. Veit, Werth, v. Winckel, Zweifel.) für Oesterreich-Ungarn 7, (G. Braun, Chrobak, Ehrendorfer, Kesmarsky, Mars, v. Rokitansky, Schauta.)

Wegen besonderer Auskünfte möge man sich an den Sekretär für Deutschland, Prof. Döderlein, Leipzig, Hospitalstrasse 10, wenden! Möge denn der Besuch aus Deutschland ein recht zahlreicher werden!

Litteratur-Verzeichnis.

I. Geburtshülfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Brennecke, Die sociale Bewegung auf geburtshilflichem Gebiete, während der letzten Jahrzehnte. Smlg. zwangl. Abhandl. aus d. Gebiete d. Frauenheilk. u. Geb. Bd. I, H. 4. Halle 96. Karl Marhold.

Delage, Yves, La Structure du Protoplasma et les théories sur l'Hérédité et les grands problèmes de la Biologie générale. Paris. C. Reinwald, 96.

Dührssen, A., Der vaginale Kaiserschnitt (nebst Bericht über eine erfolgreiche vaginale Exstirpation des rupturierten Uterus unmittelbar post partum). Berlin 96. S. Karger.

Kalt, Ob.-Arzt, A., Die Ausübung des Hebammenberufes auf antiseptischer und aseptischer Grundlage. Bearb. f. Hebammen. 3. Aufl. Aarau. Sauerländer & Co.

Kussmaul, Adolf, Untersuchungen über das Seelenleben des neugeborenen Menschen. Tübingen 96. Franz Pietzker.

Sommerfeld, Paul, Die Methoden der Milchuntersuchung für Aerzte, Chemiker u. Hygieniker. (Mit einem Vorwort von Dr. Adolf Baginsky.) Berlin 96. August Hirschwald.

Ziegelroth, A.- B.-C. für junge Frauen. Nach Dr. Lahmann's Grundsätzen. Stuttgart 96. A. Zimmer.

2. Allgemeines.

Becker W., Zur Anwendung des Röntgen-Verfahrens in der Medicin. Deutsch. Med. Woch. No. 27. 96.

Fehling, H., Ueber die Erkrankungsziffer der Entbindungshäuser. (Aus der geburtsh.-gyn. Univ.-Klinik in Halle.) Deutsch. med. Woch. 96. No. 27.

Goenner, Alfred, Ueber den Einfluss einseitiger Castration auf die Entstehung des Geschlechts der Frucht. (Aus dem physiologischen Institut der Universität Basel.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, H. 2.

Lindner, S., Autoritative Kundgebungen über willkürliche Sterilität. Pester med.-chir. Presse. 96. No. 24—26.

Mensinga, Hypertokie. Der Frauenarzt 96. H. 6.

Perrin, P., Les mariages consanguins et leurs conséquences. Thèse, Paris 96.

Temesváry, Rudolf, Ueber die Versorgung unbemittelter Wöchnerinnen. S.-A. a. d. Wien. med. Wochenschr.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Saint-Ange, L., Un cas de phlegmasia alba dolens pendant la grossesse. Arch. de Gyn. et de Toc. Juni 96.

Betz, H., Ueber Placenta praevia unter Zugrundelegung von 14 Fällen. Diss. Tübingen 96.

Burger, Ein Fall von Ruptura uteri. Münch. med. Woch. 96. No. 25.

Bué, V., Des endométrites gravidiques. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Demelin, De la souffrance du foetus pendant l'accouchement. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Goedecke, A., Temperaturmessungen im Wochenbett. Diss. Halle 96.

Guillermin, Diagnostic du travail de l'accouchement. Thèse. Paris 96.

Hardouin, Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. Thèse. Paris 96.

Hoerschelmann, E., (Estland), Ein Fall von schwerer Asphyxie. Deutsch. med. Woch. 1896. No. 28.

Koblank, Zur puerperalen Infection. Erster Theil. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, H. 2.

Lutaud, Sur une variété d'herpès pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic: l'herpès puerpéral. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Osmont, Accouchement gémellaire à terme. — Foetus anencéphale et foetus normal. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Puyol, G., Hémorrhagies gravidiques par rupture du sinus coronaire. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Remy, S., De la putréfaction du liquide amniotique mélangé de méconium. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Rossa, E., Traubenzucker im Harn- und Fruchtwasser. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 25.

Schanz, Fr., Die Betheiligung des Opticus bei der puerperalen Polyneuritis. Deutsch. med. Woch. 96. No. 28.

Schippers, M., Die neueren Theorien über Placenta praevia. Diss. Bonn 96.

Vinay, Ch., Signes et symptômes de la grossesse commençante. Arch. de Gyn. et de Toc. Juni 96.

— *Ch.* Polynévrite consécutive à la grossesse et à l'accouchement. — Paralysie des quatre membres. — Guérison. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Wilkinson, S., A case of rupture of the uterus. Lancet 96. No. 3797.

Wyder, Theodor, Ueber Embolie der Lungenarterien in der geburtshilflich-gynäkologischen Praxis. Sammlg. klin. Vortr. No. 146. Leipzig 96. Breitkopf u. Härtel.

4. Geburtshülfliche Operationen und Therapie, Abortus, Operationen im Wochenbett.

Apfelstedt, Die Naht frischer Dammrisse. (Aus der Universitäts-Frauenklinik des Prof. Runge zu Göttingen.) Münch. med. Woch. 96. No. 25.

Bareau, Essai sur le traitement immédiat de déchirures recto-vaginales inférieures survenues pendant l'accouchement. Thèse Paris 96.

Bellamy, Gardner, H., On the use of anaesthesia in obstetric practice. Brit. Gyn. Journ. May 1896.

Brinkmann, Zwei Fälle von Scheidendiphtherie mit Behring'schem Serum behandelt. Deutsch. med. Woch. No. 24. 96.

Drappier, Ingestion d'un litre d'eau-de-vie par une femme enceinte. — Avortement et mort. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Gampert, Fracture d'une fémur pendant l'extraction d'un enfant se presentant par le siége, consolidation parfaite à l'aide d'un appareil à extension continue. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Grossmann, E., Ueber die Indikationen zur örtlichen Therapie der Puerperalkrankheiten. Diss. Strassburg 95.

Leask, Henry, L. G., Puerperal fever treated by antistreptococcus serum. Brit. med. Journ. No. 1851.

Luebcke, M., Zwei Fälle von Perforation des nachfolgenden Kopfes durch den Mundboden. Diss. Berlin 96.

Mirgel, L., Sieben Fälle von Kaiserschnitt. Diss. Bonn 96.

Nicot, Diphtérie vagino- utérine puerpérale. — Sérothérapie. — Guérison. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Noble, Charles P., Technik der Ausräumung des Uterus bei unvermeidlicher Abortus. (Deutsch v. Dr. A. G. Wollenmann.) Der Frauenarzt. 96. H. 6.

Ostermann, R., Die Walcher'sche Hängelage und ihre praktische Bedeutung. Diss. Strassburg 95.

Pinard et *Wallich*, Du traitement de l'infection puerpérale. Paris 96. G. Steinheil.

Schultz, Heinrich, Wendung oder hohe Zange. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV. No. 2.

5. Ektopische Schwangerschaft.

Bacon, C. S., Diagnosis of ectopic gestation. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Chotzen, Ueber die Prognose der Extrauteringravidität und die Bedeutung des Sectionsmaterials für dieselbe. (Aus dem pathologischen Institut zu München.) Münch. med. Woch. 96. No. 23 u. 24.

Geisser, E., Die Gravidität im rudimentären Nebenhorn, ihr Verlauf und ihre Behandlung. Diss. Bern. 96.

Pichevin, Pseudo-avortement tubaire. La Semaine Gyn. 96. No. 21.

Rumpf, W. H., Aetiology and pathology of extra-uterine pregnancy. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Smith, C. N., The treatment of ectopic gestation by abdominal section. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Thiébaut, Un cas de grossesse tubaire avortée. Ann. de l'Inst. de Ste Anne. Tome I, No. 5.

6. Eklampsie.

Bradley, M. M., Puerperal eclampsia; recovery following venesection. Brit. med. Journ. No. 1849.

7. Osteomalacie.

Günthner, R., 2 Fälle von Osteomalacie, geheilt durch Castration. Diss. Tübingen 96.

Illiger, W., Ueber die Castration als Heilmittel der Osteomolacie. Fünf weitere durch die Castration geheilte Fälle von Osteomalacie. Diss. Würzburg 95.

8. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

Cohn, Zur Lehre von den septico-pyämischen Nabelinfectionen der Neugeborenen und ihrer Prophylaxe. Therap. Monatshefte. 96. No. 3.

Knapp, L., Fall von Facialisparese bei einem Neugeborenen nach spontaner Geburt. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 27.

— Erfahrungen über Laborde's rhythmische Zungentraktionen, nebst einigen Bemerkungen über Verletzungen durch diese und andere Wiederbelebungsmethoden. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 28.

Ogilvie, George, Should a. healthy mother suckle congenitally syphilitic child? Lancet. No. 3800.

II. Gynäkologie.

9. Bücher. Monographien. Berichte.

Klein, Gustav, Die Gonorrhoe des Weibes. Berlin 96. S. Karger.

10. Allgemeines.

Cohnstein, Wilhelm, Ueber therapeutische Anwendung von Milzextract. Allgem. Med. Central-Zeit. 96. No. 43.

Cramer, Die Durchführbarkeit aseptischen Operirens ausserhalb der Krankenhäuser. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 96. No. 12.

Carpenter, George, On the value of rectal exploration as an aid to diagnosis in diseases of children. Brit. Gyn. Journ. May 96.

Fischer, Isidor, Ueber Genitalatrophie bei inneren Erkrankungen. (Sitzung des „Wien. med. Club." Wiener klin. W. 96. No. 25.

Gade, F. G., (Kristiania) Falsche Geschwulstrecidive, verursacht durch Einheilung von aseptischen Fremdkörpern (Verbandstoffen). Deutsche med. Woch. 96. No. 27.

Kossmann, Die angebliche Operationswuth in der Gynäkologie. Münch. med. Woch. 96. No. 22.

Landau, L., Zur Behandlung von Beschwerden der natürlichen u. anticipierten Klimax mit Eierstockssubstanz. Berl. klin. Woch. No. 25. 96.

Mainzer, *F.*, Zur Behandlung amenorrhoischer u. klimakterischer Frauen mit Ovarialsubstanz. Deutsche Med. Woch. No. 25. 96.

Mendelsohn, *M.*, Ist das Radfahren als eine gesundheitsgemässe Uebung anzusehen und aus ärztlichen Gesichtspunkten zu empfehlen? (Fortsetzung.) Deutsche Med. Woch. No. 24. 96.

Oppler, *B. u. Külz*, *C.*, Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Ehegatten. (Uebertragbarkeit des Diabetes mellitus.) Berl. klin. Woch. No. 26. 96.

Senn, *N.*, Pompeian surgery and surgical Instruments. The Med. News. 28. Dec. 95.

— On some of the limits of the art of surgery. Journ. of the Amer. Med. Association. 9. May 96.

Thiebaut, Bactériologie utérine. Ann. de l'Inst. de Ste. Anne. Tome I, No. 5.

11. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Freund, *Herman W.*, Ueber bösartige Tumoren der Chorionzotten. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, No. 2.

Franqué, *Otto v.*, Ueber eine bösartige Geschwulst des Chorion nebst Bemerkungen zur Anatomie der Blasenmole. (Aus der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg [Prof. Dr. Hofmeier]). Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, No. 2.

Pryer, *W. R.*, The surgical anatomy of the internal iliac artery in women and a more radical operation for malignant disease of the uterus. Amer. Journ. of Obst. June 96.

12. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Dimitrescu, Etudes des absences congénitales du vagin considérées au point de vue chirurgical. Thèse. Paris 96.

Dupouy, Pathogénie des hémorrhagies para-utérines extra-péritonéales. Thèse. Paris 96.

Godart, *Jos.*, Épithélioma du clitoris. Ann. de l'Inst. de Ste. Anne. Tome I, No. 5.

Heiss, *A.*, Ueber Vulvitis pruriginosa. Diss. Erlangen 95.

Koch, *Franz*, Ueber das „Ulcus vulvae" (chronicum, elephantiasticum etc.). (Aus der dermatol. Abtheilung des Primararztes Dr. Jadassohn im Allerheiligen-Hospital zu Breslau.) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. Bd. XXXIV, H. 2.

Lion, *V.*, Ein Fall von Lymphcyste des Ligamentum uteri latum. Beitrag zur Kenntniss von den abdominellen Lymphcysten. Diss. Heidelberg 96.

13. Uterus und Operationen an demselben.

Boudin, *Paul*, Epithélioma du col utérin chez une femme de 23 ans. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Brioude, *Étienne*, De la sclérose de l'utérus. La Gynécologie. 15. Juin 96.

Brioude, Sclérose de l'utérus. Thèse. Paris 96.

Bowreman, *Jessett*, Advanced utérine carcinoma treated by chloride of Zinc. Brit. Gyn. Journ. May 96.

Bulius, Ueber Endometritis decidua polyposa et tuberosa. (Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Freiburg i. Br.) Münch. med. Woch. 96. No. 23.

Byford, *Henry T.*, Anterior suspension of the uterus and shortening of the round ligaments by vaginal section. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Duplay, Du traitement palliatif des cancers de l'utérus inopérables. La Semaine Gyn. 96. No. 21.

Hartmann, *Henry* und *Mignot*, *René*, Note sur la suppuration gangréneuse des fibromes indépendants de la cavité utérine. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 96.

Jacobs, Cancer primitif du corps utérin. Ann. de l'Inst. de Ste Anne. Tome I No. 5.

— Contribution à l'étude du traitement chirurgical du fibrôme utérin. Ann. de l'Inst. de Ste Anne. Tome I, No. 5.

— Trachélopexie ligamentaire. — Nouvelle opération pour la cure du prolapsus génital total. Ann. de l'Inst. de Ste Anne. Tome I, No. 5.

Kehrer, Zur Behandlung der Uterusmyome. Zeitschr. f. prakt. Aerzte 96. No. 12.

Käppeli, A., Ueber den Krebs des Gebärmutterkörpers und Impfrecidive. Diss. Basel 96.

Kleinhans, F., Ueber metastatisches und gleichzeitiges Vorkommen von Krebs in der Gebärmutter u. in andern Unterleibsorganen. Zeitschrift f. Heilkunde XVII. Bd., II. u. III. Hft.

Lairé, Des résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale dans le cancer de l'utérus. Thèse. Paris 96.

Noble, George H., One hundred and sixty-six cases of cancer of the pregnant uterus occurring since 1886. Amer. Journ. of Obst. June 96.

Payeur, J., Ueber die plastische Verwendung des Uterus bei schweren Totalprolapsen alter Frauen. Diss. Strassburg 96.

Pichevin et *Petit*, Métrorrhagies et lésions vasculaires de l'utérus. Arch. de Gyn. et de Toc. Juin 96.

Régnier, L. R., Indications et technique du traitement électrique des fibromes utérins. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 96.

Schoemaker, George Erety, Uterine dermoid, hysterectomy. Amer. Journ. of Obst. June 96.

Theilhaber, Welche Symptome machen die Flexionen und Versionen des Uterus. Münch. med. Woch. 96. No. 22 u. 23.

Vineberg, Hiran N., A new method of performing vaginal fixation. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Walther, H., Schwangerschaft und Geburtsverlauf bei antefixirtem Uterus. (Sammelreferat.) Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 96. No. 13.

Waldo, Ralph, Treatment of Endometritis. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Wetherill, E. W., Some noteworthy hysterectomies. A retrospective review. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

14. Ovarium. Tuben. Ligamente.

Bouilly, G., De la suppuration des kystes de l'ovaire. La Gynécologie. 15. Juin 96.

Canu, Résultat thérapeutique de la castration chez la femme. Consequences sociales de cette opération. Thèse. Paris 96.

Devos, Abcès de l'ovaire. Ann. de l'Inst. de Ste Anne. Tome I, No. 5.

Donnet, R., On the late results obtained from conservative operations on the ovaries, with a report of twenty-two cases. Ann. of Gyn. and Pæd. June 96.

Godart, Jos., Tumeurs papillaires du ligament large. Ann. de l'Inst. du Ste Anne. Tome I, No. 5.

Jessett, Bowreman, Hæmorhagic cyst of the ovary with adeno-carcinoma of the uterus. Panhysterectomy. Brit. Gyn. Journ. May 96.

Henrotin, Fernand, The cure of septic pelvic diseases in women. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Knauer, Emil, Ein Fall von Dermoidcyste des Ovariums. Wien. klin. Woch. 96. No. 25.

Lissac, Traitement des troubles consécutifs à la castration. Thèse. Paris 96.

Lockwood, A case of hernia of the ovary in an infant with torsion of the pedicle. Brit. Med. Journ. 96. No. 1850.

Maas, P., Ueber die Tuberculose der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Diss. Bonn 96.

Mangin, (Marseille), Kyste dermoïde et grossesse. La Gynécologie. 15. Juin 96.

v. Rosthorn, A., Primäres medullares Carcinoma tubae. Zeitschr. f. Heilkunde. XVII. Bd., II. u. III. H.

Sant' Anna, J. de, Kyste dermoïde de l'ovaire chez un enfant âgé d'un an. La Gynécologie. 15. Juin 96.

15. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Doléris, J. A. et *Mangin*, Fibro-Myome de la paroi abdominale récidivé. La Gynécologie. 15. Juin 96.

Grüneberg, Zur Casuistik der Mesenterialgeschwülste. (Aus dem Altonaer Kinderhospital). Deutsche med. Woch. 96. No. 24.

Hane, Anton, On tubercular peritonitis. Ann. of Gyn. and Pæd. June 96.

Hanks, Horace Tracy, Study of pathological conditions of the pelvis which ought to be attacked from the vagina. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Mackenrodt, A., Ueber den hinteren Scheidenbauchschnitt. Samml. klin. Vorträge. No. 156. Leipzig 96. Breitkopf & Härtel.

Paquy, E., La colpotomie antérieure. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juin 96.

16. Harnorgane. Fisteln.

Boldt, H. J., Implantation of the ureter into the bladder, per abdominal section for the cure of uretero-vaginal fistula. Amer. Journ. of Obst. June 96,

Dahlem, A., Ein Fall von Harnleiter-Scheiden-Fistel. Diss. Strassburg 95.

Garceau, Edgar, The influence of the catheter in causing vesical irritability. Amer. Journ. of Obst. June 96.

Hirschlaff, W., Zur Kenntnis der Pyonephrose in bakteriologischer Beziehung. Deutsche med. Woch. No. 24. 96.

Kleinwächter, Ludwig, Der Prolaps der weiblichen Blase. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, No. 2.

Knapp, L., Klinische Beobachtungen über die Wanderniere der Frauen. Zeitschr. f. Heilkunde, XVII. Bd., II. u. III. H.

Pawlik, Entgegnung an Prof. Kelly. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 27.

Rutherford Morison, J., Operation for the cure of vesico-vaginal fistula. Lancet. 96. No. 3797.

17. Gonorrhoe.

Fürbringer, P., Tödtliche Cerebrospinalmeningitis und acute Gonorrhoe. (Aus dem städt. Krankenhause am Friedrichshain in Berlin.) Deutsche med. Woch. 96. No. 27.

Laborde, Contribution á l'étude de la vulvo-vaginite des petites filles. Recherches personelles de bactériologie clinique. Thèse. Paris 96.

18. Hysterie.

Kourilsky, De la polyurie hystérique. Thése. Paris 96.

Sticker, Georg, Beiträge zur Hysterie. Hysterischer Magenschmerz, hysterische Athmungsstörungen. Zeitschr.. f. klin. Med. Bd. XXX, H. 1 u. 2.

19. Mamma.

Sheild, A. Marmaduke, Clinical lectures on the diagnosis of carcinoma of the breast in its early stages. Brit. med. Journ. No. 1849 u. 1851.

20. Technisches. Akiurgie.

Baldwin, L., Grant, Gauze as a material for drainage. Amer. Gyn. and Obst. Journ. June 96.

Biermer, R., Ein neuer Nadelhalter für Hagedornnadeln. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 25.

Meissner, P., Mikroskopische Technik der ärztlichen Sprechstunde. Berlin 96. Boas u. Hesse.

Mehler, Zur Aseptik der Naht und Unterbindungsseide. Münch. med. Woch. 96. No. 25.

Pfering, O., Ueber Bauchbinden. Centralbl. f. Gyn. 96.. No. 26.

Upham, J. H. J., The value of the formalin method for rapid diagnosis of uterine scrapings. Amer. Journ. of Obst. June 96.

21. Narkose. Antiseptica.

Jolly, Ueber Pellotin als Schlafmittel. Deutsch. med. Woch. No. 24. 96.

Rosenfeld, Richard, Erfahrungen bei 150 Aethernarkosen. (Aus dem allgem. Krankenh. in Karlsbad.) Prag. Med. Woch. 96. No. 23.

Vinci, G., Ueber Eucain, ein neues lokales Anaestheticum. Berl. Klin. Woch. No. 27. 96.

Verhandlungen der Italienischen Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie, II. Jahresversammlung vom 28.—31. Oktober 1895, herausgegeben von Dr. F. Saverio Rocchi. Rom 1896 (erschienen Ende Juni).

Arturo Guzzoni degli Ancarani: Commemorazione del professore Allessandro Cuzzi.

E. Pestalozza: Dell'ematocele periuterino (Bericht).

Cesare Marocco: Lo Speculum di Spencer Wells modificato.

Guiseppe Giglio: Alterazioni dell'utero e degli annessi dopo lo strappamento dei plessi ipogastrici e del simpatico sacrale.

F. Azzurrini: Di alcune ricerche sugli albuminoidi nel siero di sangue di donna gravida, e specialmente in casi di eclampsia.

Luigi Acconci: Una serie di cento isterectomie vaginali con esito favorevole.

— Della asepsi e della antisepsi nei parti. (Bericht.)

Giovanni Miranda: Ostetricia asettica od ostetricia antisettica?

Tullio Rossi Doria: Sulle intossicazioni locali e generali come causa predisponente alle infezioni puerperali.

Muzio Pazzi: Risultati prossimi e remoti di 44 applicazioni del forcipe di mia invenzione.

Arturo Guzzoni degli Ancarani (Berichterstatter): Sulle riforme da introdursi nell'istruzione e nell'esercizio delle levatrici.

Luig M. Bossi: Contributu allo studio clinico e anatomico dell'assorbimento idei fibromiomi.

— Utero atrofico e superinvoluzione uterina. Note cliniche e anatomiche.

— Sula dilatazione meccanica del collo in ostetricia. Modificazioni al suo ldilatatore.

Ercole Pasquali: Qualche considerazione sopra alcune operazioni cesaree.

Guiseppe Giglio: Relazioni eziologiche fra mostruosità, polidramnios, prematurità, sifilide ed altre infezioni, desunte da studi anatomo-clinici sopra sette casi mostruosi. Relative considerazioni ostetriche.

— Sui polipi placentari. Nota clinica ed istologica.

— Aborto trigemino, monocorion, con un embrione acefalo e tre sacchi ovulari distinti, dei quali quello appartenente all'acefalo era poliamniotico. Mostruosità con anomalia grave.

— Sopra un caso di teratoma sacro-coccigeo.

Cesare Marocco. Sopra di un caso di ematoma iniziale sub-coriale, con inversione totale dell'novo apparentemente integro raccolto da paziente affetta da retroflessione della matrice. Presentazione del preparato. Dimostrazione istologica.

Muzio Pazzi: Nuovo contributo clinico alla studio della gravidanza cervicale.
Giovanni Scarlini: Caso di gravidanza estrauterina.
Francesco Caruso: Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio del sarcoma della vulva.
Cesare Marocco: Contributo all'ascoltazione negativa in gravidanza avanzata. Igravo normale per la madre e pel bambino.
— Sull'importanza delle cicatrici pelviche genitali nella patologia muliebre; sul trattamento degli strappi perineali recenti.
G. Roncaglia: Una parola in favore dell'operazioni di Alexander.
Guiseppe Resinelli: Di un caso di sarcoma deciduo cellulare.
Carlo Ferraresi. Contributo alla storia delle inversioni uterine polipose.
Arturo Guzzoni degli Ancarani: A proposito di un caso di pseudo-ermafrodismo femminile.
Muzio Pazzi: Bibliografia ostetrica e ginecologica italiana per gli anni 1893 e 94.

Verantwortlich für die Redaktion Prof. Dr. A. Martin in Berlin.

Originalarbeiten.

I. Der suprasymphysäre Kreuzschnitt, eine Methode der Coeliotomie bei wenig umfänglichen Affektionen der weiblichen Beckenorgane

Von

OTTO KÜSTNER.

Jedem operierenden Gynäkologen ist bekannt, dass eine Kranke sich leichter zu einer Operation von der Scheide, als von den Bauchdecken aus entschliesst. Eine Operation „bloss von unten" erscheint dem Laienverständnis gefahrloser, als der bei aller Popularität doch immer noch mehr gefürchtete Leibschnitt. Diese täglich zu machende Erfahrung muss uns dazu führen, dem Leibschnitt von seinen Schrecknissen und Hässlichkeiten soviel zu benehmen, wie irgend möglich. Zu den letzteren gehört unter allen Umständen eine entstellende Narbe. Aus diesem Grunde lege ich jetzt für diejenigen Operationen, bei welchen man sich mit einer mässig weiten Eröffnung des Abdomens begnügen kann, den Schnitt in das Bereich des Schamhaarwuchses, oder dicht an die obere Grenze desselben in die daselbst mehr oder weniger konstante Hautfalte und zwar lege ich diesen Schnitt quer. Dieser Schnitt ist etwa 7—8 cm lang, er durchdringt die Haut und die Unterhautfettschicht bis auf die Fascie. Alsdann wird er diagonal auseinandergezogen, wird durch ein paar Messerzüge nach oben zu die Fascie noch etwas freier gelegt und die Bauchwand sagittal in der Linea alba weiter durchtrennt. Beträgt dann die Länge dieses Schnittes etwa nur 4—5 cm, so kann man sich unter Anwendung zweckmässiger Bauchhaken die Bauchhöhle soweit eröffnen, dass man Raum genug hat, um Retrofixationen zu trennen, die entzündeten Adnexe aus Verbackungen zu befreien, sie eventuell zu entfernen, den Uterus ventral zu fixieren.

Darauf vereinigt man die sagittale Peritoneal-Muskel-Fascienwunde sagittal durch Catgut- oder Seiden-Knopfnähte und über dieser Nahtlinie coronal den Bauchschnitt, wobei man, um tote Räume zu vermeiden, die Nadel im Grunde durch die Fascie mit-

führt. Zu diesen letzteren Nähten nehme ich wie zu allen, welche nach der Oberfläche zu kommunizieren, Silkwormgut. Der diese Wunde deckende Verband kann möglichst einfach sein. Heilt die Wunde linear, so verbirgt sich die entsprechende Narbe schon nach kurzer Zeit im Haarwuchs.

Wie schon gesagt, empfiehlt sich diese Schnittmethode nur in den Fällen, in welchen man mit einer nicht zu umfänglichen Eröffnung der Bauchhöhle auskommt, besonders für die Beseitigung der Folgezustände der Pelveoperitonitis adhaesiva, also für fixierte Retroflexionen mit und ohne chronische Adnexentzündungen, für diese Operationen aber auch ganz besonders.

Stellen wir an derartige Operationen, was Exaktheit und Sicherheit betrifft, die Anforderungen, wie ich es thue, so ist für sie die Coeliotomie von oben unumgänglich und im Allgemeinen nicht durch Dührssen's vaginale Coeliotomie, d. h. durch die Eröffnung des vorderen Douglas vom vorderen Scheidengewölbe aus zu ersetzen. Einige Mängel dieses Verfahrens sind bereits bei Gelegenheit der Vaginifixationsdebatten in der Berliner Gesellschaft für Gynäkologie zur Sprache gekommen. Der Hauptmangel dieser Methode ist und bleibt, dass sie unexakt ist, dass sämmtliche Trennungen blind, stumpf, wühlend vorgenommen werden müssen, dass wir nach dieser Methode gezwungen sind, eine Fixation des Uterus zu wählen, die vaginale, welche von den denkbar möglichen bei zeugungsfähigen Frauen die wenigst zweckmässige ist.

Der Bauchschnitt gestattet selbst bei der angegebenen geringen Ausdehnung einen ausgezeichneten Einblick in die Beckenverhältnisse; eventuelle Trennung der Adnexa oder des Uterus von Darmpartien kann mit der erforderlichen Schonung vorgenommen werden, man braucht die Trennung nicht bloss stumpf suchend mit dem Finger zu machen, sondern kann Scheere, Messer und Glüheisen zu Hilfe nehmen, der sehr erwünschte und notwendige Einblick und die Kontrole des Operationsterrains nach der Trennung kann eine absolut vollständige sein; weiter ist die eventuell nötige Antefixation des Uterus an die Bauchdecken in jeder Beziehung der vaginalen vorzuziehen, endlich kann man, falls es die Verhältnisse, wie sie sich nach der Eröffnung des Abdomens ergeben, wünschenswert erscheinen lassen sollten, den Schnitt erheblich vergrössern, ohne zunächst die Methode zu ändern, ein Vorteil, welcher der vaginalen Coeliotomie abgeht.

Ich habe diese Methode in den letzten 3 Wochen 8 Mal angewendet. Schwierigkeiten in der Heilung des etwas komplizierten Schnittes sind nicht zur Beobachtung gekommen.

(Aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg.)

II. Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera

Von

Dr. F. SCHNELL,
Assistenzarzt.

Im Januar d. J. ereignete sich in der hiesigen Univ.-Frauenklinik nach Tympania uteri, drei Stunden post partum, unter Auftreten von Uterusatonie ein Todesfall, der einen ungewöhnlichen klinischen Verlauf nahm, bei dem die Sektion Gasblasen im ganzen Cirkulationssystem nachwies und dessen Deutung unklar geblieben ist.

Die Geburtsgeschichte dieses Falles ist zunächst in Kürze folgende:

Cl. B., 31 J. alt, I.-p. Anamnestisch keine hereditäre Belastung, keine Rhachitis nachweisbar. Mit 19 J. zuerst menstruiert. Letzte Menses Ende März v. J., Schwangerschaft ohne Besonderheiten. Konnte ihrer Hausarbeit regelrecht und bis zuletzt ohne Beschwerden nachgehen. Am 9. 1. 1896 Nachmittags, während einer Arbeit im Walde, plötzlicher Abfluss von Fruchtwasser und bald darauf Auftreten von Schmerzen im Unterleib. Die am Abend desselben Tages gerufene Hebamme konstatierte „es habe noch Zeit." Am nächsten Morgen (10. 1.) stärkere Wehen. Um 2 Uhr Nachmittags sucht Parturiens auf Rat der Hebamme, die jetzt bei der Untersuchung in der Vagina eine vorgefallene Hand findet, das Bett auf, drei Stunden später (also über 24 Stdn. nach Blasensprung) wurde die Hilfe unserer Poliklinik nach dem etwa $^3/_4$ Stdn. entfernt liegenden Nachbarorte nachgesucht.

Wir fanden bei der Uebernahme des Falles am Abend des 10. 1. eine mittelgrosse, kräftige, untersetzt gebaute, gesund aussehende Blondine. Temp. und Puls normal. Abgesehen von einer mässigen Auswärtsbiegung der Diaphyse des rechten Oberschenkels keine Besonderheiten des Skelettes. Keine sonstige Krankheitserscheinungen. Die geburtshülfliche Untersuchung ergab, äusserlich: Abdomen stark aufgetrieben, L.-U 89, Schwertfortsatz-Nabel 22, Nabel-Symphyse 18 cm, deutlich längsovale Form des Uterus, keine Tympanie, Kopf auf der linken Darmbeinschaufel, Steiss oben rechts im Fundus. Palpation wegen starker Spannung des Uterus sehr erschwert. Kindl. Herztöne rechts neben der l. a. in stark schwankender Frequenz; innerlich: linke Hand vorgefallen, ödematös, Scheide weit. Aeuss. Muttermund kaum handtellergross, Cervix noch erhalten, straffes Rohr, unnachgiebig. Schulter über dem Beckeneingang. Promontorium stark vorspringend. Kleine Exostose in der L. innominata rechterseits ungefähr in der Gegend der Vereinigungsstelle vom horizontalem Schambeinast mit dem Darmbein. C. d. 10. 5. C. v. 8,25 cm (an der Leiche gemessen). — Diagnose: Querlage I b bei (einfach?) plattem Becken mittleren Grades. — Wendungsversuch in Narkose misslingt wegen allzu starker tetanischer Spannung des Uterus. Es gelingt dabei wohl durch langsames Vordringen hoch oben im Fundus einen Fuss zu ergreifen, aber es ist unmöglich die Frucht zu wenden. Während dieses Versuches Absterben der Frucht unter deutlich fühlbaren, schnappenden Athmungsbewegungen. Parturiens wird in die Klinik transferiert. Hier zur Beseitigung des tetanischen Kontraktionszustandes Morphiuminjektion und feuchtwarme Umschläge auf den Unterleib. Parturiens schläft darauf die ganze Nacht. Gegen 1 Uhr morgens (11. 1. bekommt der Perkussionsschall über dem Fundus tympanitischen Beiklang. 8 Uhr a. m. Temp. 37,1 Puls 64. Ueber dem Fundus bis mehrere Querfinger oberhalb des Nabels nunmehr ausgesprochen tympanitischer Perkussionsschall. Die Spannung des Uterus hat etwas nachgelassen. Muttermund und Cervix etwas nachgiebiger, Schulter etwas tiefer getreten. 11 Uhr

a. m. Demonstratio clinica. Wendung auf den linken Fuss, sehr schwierig. Dabei reichlicher Abgang von Gasen neben der eindringenden Hand. Mittlerweile 2 subkutane Ergotininjektionen. Extraktion: Eintritt des Kopfes in's Becken erschwert. Perforation. Fruchtwasserreste stinkend. Blutung. Die bereits gelöste Placenta wird sofort und leicht exprimiert; zeigt sich vollständig. Ausspülung des Uterus mit 2 Litern $1^1/_2$ pCt. Lysollösung. Ende der Operation 12 Uhr mittags. Kind sehr kräftig entwickelt. Haut geringgradig an einzelnen Stellen maceriert. Gewicht (ohne Gehirn) 3150, Länge 53. Puerpera erwacht alsbald aus Narkose, fühlt sich leidlich. Keine Nachblutung. Uterus gut kontrahiert, bleibt unter ständiger Ueberwachung. Trotzdem beginnt er nach einer Stunde (1 h p. m.) zu erschlaffen. Massage. Allgemeinbefinden bleibt vorläufig gut, Puls regelmässig und ziemlich kräftig. Erst eine weitere Stunde später (2 h p. m.) beginnt der Puls kleiner zu werden, wird nun rasch sehr klein, fadenförmig. Puerpera verfällt. Uterus, ohne Neigung zur Kontraktion, bleibt ein schlaffer Beutel von teigiger Konsistenz. Nur 7—800 g Blut (gewogen) können exprimiert werden. Heisse Ausspülung des Uterus mit 3 Litern $1^1/_2$ pCt. Lysollösung, Tamponade des Uterus mit Jodoformgaze, die nebenherlaufende Darreichung von Analepticis (Glühwein, Aether, Weinklystiere); Hochlagerung und Wickelung der Beine, Kochsalzinfusion subcutan — alles bleibt vergeblich: der Uterus bleibt schlaff, Puerpera verfällt unaufhaltsam mehr und mehr und um 8,30 h p. m tritt der Exitus ein.

Die am folgenden Tage (12. 1. 9,30 a. m.) vorgenommene Obduktion (pathol. Institut der Universität) ergab (also 18 Stdn. p. m.): der Uterus sowie die Körpermuskulatur bieten nicht die blasse Farbe einer an Verblutung Gestorbenen. Konsistenz des Uterus teigig, schlaff. Die Wandung war dick, kräftig, besonders an der Insertionsstelle, durchschnittlich 3—4 cm, die Länge 23 cm, die Breite im Fundus 15—16 cm. An der Hinterfläche zeigten sich breite, alte Adhäsionen mit dem S-romanum, in welche beiderseits mit ihren seitlichen Enden die Adnexe einbezogen waren. Von Verletzungen nichts als eine nebensächliche, lochförmige, für 1 Finger durchgängige Oeffnung zwischen dem fast unverletzten äusseren Muttermund und dem Scheidengewölbe linkerseits. Die Placentarstelle, die sich an der hinteren Fläche befand, zeigte sich glatt. An ihrem Randbezirk etwa 15 — 20 leicht sichtbare, klaffende, grössere und kleinere Venenlumina, worunter einzelne von fast Federkielweite; das unter der Oberfläche dieses Bezirkes liegende Uterusgewebe erwies sich wie spongiös durchsetzt von weiten leeren Sinus. Beim Durchschneiden der grossen Gefässstämme an der Herzbasis quillt hellrotes, schaumiges, mit Luftblasen reichlich untermischtes Blut aus denselben. Luftblasen sind ferner in den perikardialen Gefässen, in den Gefässen der Lunge, aber auch, wenn auch in kleinerer Menge, in der Aorta abdominalis, in Milz und Leber enthalten!

Dieser Befund von Luft in den Gefässen musste uns sehr überraschen, da nichts in dem klinischen Verlauf denselben erwarten liess. War doch Puerpera nicht unter den shockartig einsetzenden, suffokatorischen Zeichen der Luftembolie plötzlich gestorben, sondern allmählich unter denen eines unaufhaltsam zunehmenden Kollapses, der ganz das klinische Bild des Verblutungstodes nachahmte! Und wenn auch die gewogene Menge von 7—800 g Blut zusammen mit dem während der Operation und in der Placentarperiode verlorenen Blut einen schätzungsweise verhältnismässig geringen Gesamtblutverlust ergab, so hatte für uns in Hinblick auf die ausserordentlich verschiedene Toleranz Kreissender gegen Blutverlust doch zunächst die Annahme des Verblutungstodes noch die grösste Wahrscheinlichkeit für sich. Daneben schien bis auf Weiteres noch die Annahme gleichberechtigt, dass es sich vielleicht um jene Art des Chloroformtodes handeln könne, der im Anschluss an die Narkose zuweilen im

Verlaufe der nächsten Stunden unter den Zeichen des Herzkollapses eintritt.

Um beides handelte es sich also nach dem Sektionsbefund nicht. Den sichersten Ausweis über die Art der Gase und also die Todesursache hätte wohl das unmittelbar nach dem Todeseintritt zur bakteriologischen Untersuchung entnommene Blut geliefert. Hierzu aber schien gar keine Anzeige vorzuliegen und so waren wir nun für die Epikrise lediglich auf theoretische Schlüsse verwiesen.

Die Gase konnten im Blute aufgetreten sein entweder sub partu, indem Fäulnisgase aus dem Fruchtwasser diffundierten oder durch Einwanderung von gasbildenden Saprophyten aus dem zersetzten Fruchtwasser in die mütterliche Blutbahn oder es konnten die Gase post partum enstanden sein durch Eintritt von noch in Utero befindlichen Fäulnisgasen oder wieder von gasbildenden Saprophyten, ferner durch Eintritt von atmosphärischer Luft und schliesslich durch postmortale, autochthone Entwickelung von Fäulnisgasen im Blute.

Dass zunächst sub partu die bei der Zersetzung des Fruchtwassers sich bildenden Gase, auch wenn sie bei dem vorhanden gewesenen, stärkeren Spannungszustand des Uterus unter höherem Innendruck standen, durch die intakte Fruchtsackwandung in die mütterliche Gefässbahn diffundieren konnten, wiederstreitet unserer bisherigen Anschauung und es wäre nicht zu verstehen, warum nicht bei jeder Tympanie ein solcher Diffusionsprocess vor sich gehen sollte. Desgleichen lässt sich meines Erachtens ohne Weiteres nicht annehmen, dass Mikroorganismen aus dem durch sie zersetzten Fruchtwasser durch die unverletzte Eihülle und die Gefässwand hindurch in das mütterliche Blut gelangen konnten, um dann dort unter Gasentwickelung sich zu vermehren. Es würde sich wohl ausserdem bei solcher Invasion ein Einfluss auf die Wärmeregulation des Körpers und die Herzaktion in stürmischer Weise geltend gemacht haben.

Die in der Litteratur u. A. von Gebhard[1]) citierten Fälle von Briegleb[2]) über faulige Zersetzung des Fruchtwassers schon vor dem Blasensprung und bei lebender Frucht brauchen nicht a priori als Gegenbeweise aufgefasst werden; denn es kann sehr wohl in diesen Fällen entweder durch den explorierenden Finger oder durch spontan eingetretene Defecte des Chorion an der im Muttermund exponierten und anhaftende, schlecht ernährte Deciduareste darbietenden Fruchtblase eine Implantation von pathogenen Mikroorganismen eingetreten sein. Andererseits aber wäre in unserem Falle nicht einzusehen, warum erst so spät, 13 Stunden nach den ersten perkutorischen Anzeichen der Tympanie, etwa 6 Stunden nach deren voller Entwickelung und besonders schliesslich erst 2 Stunden nach Elimination dieser Gasquelle die lethale Wirkung des bereits diffundierten Gases sich

[1]) Z. f. G. u. G., Bd. 26, S. 485.
[2]) C. f. G. 1892, No. 29, S. 571.

äussern sollte. Ferner hätte man also wohl, falls eine sub partu fortschreitende Invasion und Vermehrung von Saprophyten in der mütterlichen Blutbahn stattgefunden hätte, eine Veränderung von Temperatur und Puls mit Sicherheit erwarten dürfen. Diese beiden Faktoren aber blieben sub partu dauernd unbeeinflusst.

Muss nach alledem die Entstehung der Gase im Blute sub partu in unserem Falle als kaum möglich bezeichnet werden, so könnten nun zweitens die ursächlichen Momente post partum aufgetreten sein. Gegen die Annahme zunächst, dass es sich um Fäulnisgase, postmortal und autochthon im Blute entstanden, handele, sprachen das frische Aussehen der Leiche, die erst 18 Stunden und zwar in Winterkälte gelegen hatte und der grössere Gasgehalt der venösen Bahn. Ferner dürfte es sich nicht um die Aufnahme im Uterus verhaltener Fäulnisgase gehandelt haben, da unmittelbar post partum der Uterus und zwar von geübter Seite ausgespült worden war und anfangs in guter Kontraktion verharrte. Die Erwägung endlich, ob nicht in utero noch vorhandene, gasbildende Mikroorganismen in die Blutbahn gelangt sein könnten, um dort toxisch-lethal zu wirken unter gleichzeitiger oder postmortaler Entwickelung von Gasblasen, bleibt nur eine theoretische Spekulation, so lange nicht Experimente das Verhalten dieser Fäulnisbakterien, speciell des Bacterium coli dem circulierenden Blute gegenüber erwiesen haben. Sehen wir also vorläufig von dieser theoretisch möglichen Eventualität ab, so gewinnt von allen die letzte Möglichkeit die grösste Wahrscheinlichkeit, dass die Gasblasen atmosphärische Luft gewesen sind, welche bei der zur Bekämpfung der eingetretenen Atonie fortdauernd ausgeübten Massage in geringer Menge aber successive in die offenen Venensinus eingepresst worden ist. Dieser Lufteintritt muss ein ganz allmäliger gewesen sein, weil der Tod sehr schleppend eintrat und weil Luft in kleinen Blasen im ganzen Cirkulationssystem, auch im arteriellen, vorhanden war. Dass aber Luft im ganzen Cirkulationssystem verbreitet werden kann, führt Ziegler[1]) an, indem er sagt: „Gelangt Luft nur in geringer Menge oder successive in den Blutstrom, so wird sie in Form von Luftblasen von demselben weitergeführt und kann im ganzen Körper kreisen."

Zum Schlusse sei es mir gestattet, in Kürze einige Brutofenexperimente, die ich zur Ergänzung des oben Gesagten mit Bacterium coli commune vorgenommen habe, zu erwähnen. Das bakteriologische Institut der Universität stellte mir gütigst eine Kultur zur Verfügung, welche, aus menschlichem Darminhalt gewonnen, alle Qualitäten, die man an ein physiologisch-aktives Bacterium coli commune neuerdings zu stellen hat, in sich vereinte. Neben dem mikroskopischen Befund in Form und Lagerung zeigte es kulturell das charakteristische Wachstum der Strichkultur auf Gelatine, die SH_2-Entwickelung aus Nährbouillon, brachte Milch unter Säurebildung zur Gerinnung, entwickelte die erbsengelbe

[1]) Lehrb. der Path., Allg. Teil, S. 39.

Kartoffelkultur und zerriss in charakteristischer Weise den Zuckerbouillonagar unter Gasblasenbildung. — Mit mehreren Oesen dieser Kultur wurde das gelegentlich der Punktion eines Hydramnios steril aufgefangene Fruchtwasser in Gährungsröhrchen inficiert und bei 37° Brutofenwärme beobachtet. Viermal wurde derselbe Versuch unter denselben Umständen wiederholt: nie trat eine Spur von Bläschenbildung ein, nie entwickelte sich ein fötider Geruch. Nach zwei Tagen wurde zu dem bereits inficierten Fruchtwasser eine kleine Menge einer 1-procentigen sterilen Traubenzuckerlösung gesetzt. Sogleich begann eine reichliche Entwickelung kleinster Bläschen durch die eingetretene Vergährung. — Weit entfernt, hieran Schlüsse allgemeiner Art knüpfen zu wollen, entnehme ich aus diesem negativen Resultat nur, dass dieses Fruchtwasser dieses Bacterium coli zu einer sichtbar werdenden Gasbildung nicht veranlassen konnte. Ferner wurden mehrere Oesen unserer Kultur in etwa 2—3 ccm steriler Bouillon aufgeschwemmt und hiervon je 1 ccm mittelst Pravazspritze zwei Kaninchen in die Ohrvene injiciert. Das eine starb etwa $^1/_2$ Stunde p. inject. und die sofortige Sektion ergab im Blute nichts Besonderes; das andere blieb am Leben.

Nach alledem kann die Frage nach der Aetiologie der Gasblasen im Blute in unserem Falle befriedigend und definitiv nicht beantwortet werden. Der Versuch das Versäumnis der bakteriologischen Untersuchung sowohl des Fruchtwassers als des Blutes anderweitig einzuholen, hat uns auf Grund epikritischer Erwägungen des klinischen Bildes nur mit Wahrscheinlichkeit per exclusionem annehmen lassen, dass es sich um atmosphärische Luft handelte. Es dürfte sich daher in allen klinisch gleichartigen Fällen von allmäligem Collaps, in denen der Verlauf nicht a priori für Verblutung oder Luftembolie spricht, empfehlen, nicht nur das Fruchtwasser bakteriologisch zu untersuchen, sondern auch unmittelbar post mortem das Blut.

III. Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse auf der geburtshilflichen Klinik von Prof. Pawlik in der Zeit vom 1. Oktober 1887 bis 31. Dezember 1895

von

Dr. ULRICH PIPEK,

I. Assistent der böhm. geburtshilfl. Universitäts-Klinik in Prag.

Die angeführte Zeit beginnt mit dem Tage, an welchem Prof. Pawlik die Leitung der geburtshilflichen Klinik als Vorstand nach dem verstorbenen Prof. Streng übernahm.

Die in dieser Periode erzielten Erfolge sind, sowohl was die Erkrankungen als die Sterblichkeit der Wöchnerinnen betrifft, sehr beachtenswert. Gemäss Aufforderung meines hochverehrten Chefs habe ich daher die Aufgabe übernommen, sie zusammenzustellen und den weiteren ärztlichen Kreisen zur Kenntnis zu bringen, damit die auf obiger Klinik erzielten Erfolge mit denen auf anderen in- und ausländischen Anstalten verglichen werden können.

Bevor ich jedoch an die eigentliche Aufgabe dieses Berichtes herantrete, will ich auf den Gang der Untersuchung, wie er auf unserer Klinik durch Prof. Pawlik eingeführt ist und geübt wird, hinweisen. Ich thue dies mit Rücksicht auf die zahlreichen Publikationen der letzten Jahre, welche über die Mittel zur Verhütung von Erkrankungs- und Todesfällen im Wochenbette handeln und deren Grundgedanke es ist, die innere Untersuchung zur Zeit der Geburt einzuschränken, beziehungsweise völlig entbehrlich zu machen und durch eine gründliche äussere Untersuchung zu ersetzen.

Die Ausbildung dieser neuen Methode datiert aus der Assistentenzeit von Prof. Pawlik auf der Klinik von K. Braun von Fernwald.

In den damaligen Kursen wurde nach der früher üblichen Methode untersucht und ausser dieser lehrte Prof. Pawlik eine eigene Untersuchungsmethode, nach welcher es mittels eines einzigen Handgriffes ermöglicht wurde, die Diagnose auf Lage und Stellung der Frucht zu machen. Im Laufe der Zeit wurde dieser Griff durch Prof. Pawlik in der Weise vervollkommnet, dass er jetzt für den wertvollsten in der äusseren Untersuchung gilt.

Diese neue systematische, äusssere Untersuchungsmethode führte Prof. Pawlik auf seiner Klinik gleich in dem oben angeführten Jahre 1887 ein. Nachdem derselbe reichliche Erfahrungen an dem klinischen Material gesammelt und gefunden hatte, dass diese vorteilhafte Untersuchungsmethode sich bewährte und mit den Studierenden leicht einzuüben ist, publicierte er im Jahre 1891 in den „Wiener medicinischen Blättern", No. 21, eine detaillierte Anleitung unter dem Titel: „Beitrag zur äusseren Untersuchung der Schwangeren."

Mit der gütigen Erlaubnis meines hochgeehrten Vorstandes führe ich hier die Anleitung wörtlich an:

„Bei der Untersuchung einer Schwangeren oder Gebärenden setzt sich der Arzt auf die rechte Seite des Bettes mit seinem Gesicht dem Gesicht der Frau zugekehrt. Nach der Aufnahme der Anamnese und der allgemeinen Untersuchung der Frau erfolgt die Untersuchung des Uterus und seines Inhaltes. Nachdem die Lage und Gestalt des Uterus die Höhe seines Fundus bestimmt, die tastbaren Ligamenta lata und rotunda, damit die Stellung der Uteruskante und des entsprechenden Hornes, der vorderen Uteruswand bestimmt worden ist (dem genauen Austasten der Verhältnisse am Uterus wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt, da auf die Lage des Kindeskörpers gegen die einzelnen Teile des Uterus und nicht gegen die Bauchwand Gewicht gelegt wird), folgt als erster und zur Bestimmung der Lage und Stellung der Frucht wichtigster,

folgender Griff: die Hand wird mit möglichst von einander entferntem Daumen und den übrigen Fingern über die Symphyse an die Bauchwand gelegt, gegen dieselbe angedrückt und dann durch Annäherung des Daumens und der übrigen vier Finger an einander der untere Abschnitt des Uterus samt seinem Inhalt umfasst. Dabei fühlt man einen dort vorhandenen Kindesteil, besonders knapp über der Symphyse, sehr deutlich und gewinnt eine Ansicht über seine Form, Konsistenz und Beweglichkeit, sowie auch darüber, ob er centrisch dem Beckeneingange aufliegt oder etwa seitlich abgewichen ist. Ferner fühlt man, ob der vorliegende Kindesteil noch ganz über dem Beckeneingange steht oder bereits teilweise in denselben eingedrungen ist.

„Damit ist als erster und wichtigster Punkt der Diagnose eine Geradlage sichergestellt. Nun gleitet man an dem umfassten Kindesteile nach oben und unten und findet auf die Weise meist eine Furche, welche den umfassten Kindesteil nach oben begrenzt, gewöhnlich schräg von einer Seite und unten nach der anderen Seite und oben verläuft. Diese Furche ist die Halsfurche und diagnostisch für die Erkenntnis des Kopfes das wichtigste und verlässlichste Zeichen. Die Rundung und Härte des Kopfes können von einem nach vorne gekehrten Steiss, besonders wenn beide Beine hinaufgeschlagen sind und die untersuchende Hand die Trochanteren und die Hinterfläche des Kreuzbeins tastet, vorgetäuscht werden, während wiederum ein weicher Schädel für den Steiss gehalten werden kann, da man nicht immer das Pergamentknittern wahrnimmt.

„Was das Ballotement betrifft, so kann es zur Differenzialdiagnose zwischen Kopf und Steiss nur dann benutzt werden, wenn man diese beiden Teile in dieser Beziehung mit einander vergleichen kann — wie dies besonders bei Quer- oder Schieflagen der Fall ist —, wobei das schwerere, ausgesprochenere Ballotieren für den Kopf spricht. Hie und da findet sich ein Steiss, der sehr ausgesprochen ballotiert, und nur der Vergleich schützt vor Täuschung. Das Fühlen der Halsfurche giebt aber augenblicklich die sichere Diagnose des Kopfes. Drückt man den Radialrand der Hand bei gleichzeitigem Emporheben des Ulnarrandes fest an diese Stelle, so kann man mit der Hand in diese Furche gleichsam einschneiden.

„Der schiefe Verlauf der Halsfurche deutet bei normaler Haltung des Kopfes der Frucht auf die Stellung hin, da sich der Rücken regelmässig an der Seite des tiefer stehenden Endes der Halsfurche befindet.

„Während des Greifens der Furche, welches mit dem Daumen und Mittelfinger geschieht, hat ausserdem der Zeigefinger bereits den zunächst über der Furche liegenden Teil des Rumpfes gefühlt und erkannt, ob derselbe dem Rücken entspricht oder nicht. Im letzteren Falle überzeugt sich der Daumen auf der entgegengesetzten Seite durch gleitende Bewegungen, was über der Furche liegt.

„Bei normaler Haltung der Frucht verläuft die Halsfurche schräg von der Stelle, wo das Hinterhaupt liegt, unten zur ent-

gegengesetzten Seite nach oben. Aus diesem Befunde kann man mit grosser Sicherheit auch auf die Stellung der Fontanellen gegen einander schliessen. Verläuft die Halsfurche wagrecht bei centrisch dem Beckeneingange aufliegendem Kopfe, so bedeutet dies eine beginnende Deflexion desselben und einen veränderten Stand der Fontanellen. Nicht selten gelingt es aber ausserdem an einem Ende der Furche einen ziemlich scharfen Vorsprung, das Kinn, nachzuweisen und dadurch ist die ganze Diagnose gegeben.

„Liegt das Kinn aber ganz nach hinten, so entzieht es sich freilich der Betastung und man muss sich mit den anderen Indicien der Stellung begnügen. Auch wenn das Kinn nach vorne liegt, kann es schwer aufzufinden sein, wenn es fast der vorderen Brustwand des Kindes aufliegt. Man kann es aber in diesem Falle manchmal der Betastung zugänglicher machen, wenn man den Teil der Hand, welcher dem tiefer stehenden Ende der Halsfurche entspricht, fest gegen den Kopf drückt und dann gegen diesen Rückhalt mit dem anderen Teil der Hand in das nach oben gerichtete Ende der Halsfurche einzudringen sucht. Dadurch wird das Kinn etwas von der Brustwand abgehoben und leichter tastbar. Leicht zu fühlen ist gewöhnlich ein von der Brustwand abgehobenes, seitlich im Becken stehendes oder nach vorne gekehrtes Kinn. Hat man die Stellung des Kinnes ermittelt, so kennt man auch die Richtung der Pfeilnaht.

„Steht der vorliegende Kindesteil hoch über dem Beckeneingange, so muss die Halsfurche hinter dem dickeren Teil der Uteruswand gesucht werden, ist daher schwerer zu tasten: aber auch hier erkennt man sie mit Bestimmtheit, besonders wenn man den Radialrand der Hand in der oben beschriebenen Weise bei schlaffem Uterus andrückt. Findet sich auf dem Beckeneingang ein grosser Kindesteil, an welchem man aber die Halsfurche nicht tasten kann, so ist das entweder das Beckenende oder die Schultern des Kindes (der Thorax in in der Höhe der Schultern); um diese letzteren auszuschliessen, dringt man bei gleicher Haltung der Hand durch Heben der Handwurzel mit den Fingerspitzen in den Beckeneingang und kann dort den etwa tief eingetretenen Kopf wie ein den Beckeneingang überdeckendes Gewölbe tasten. Ist aber der Beckeneingang frei, können die Fingerspitzen tief hineingedrückt werden, ohne auf diesen harten breiten Widerstand zu stossen, so ist beim Fehlen der Halsfurche an dem über der Symphyse stehenden Teile die Annahme gerechtfertigt, es liege das Beckenende vor. Durch diesen einzigen Griff macht man also in der Mehrzahl der Fälle die Diagnose mit vollständiger oder annähernder Sicherheit, und zwar in logischer Aufeinanderfolge, auf die Geradlage, dann ob Kopf oder Beckenende vorliegt, und die Stellung.

„Zur Kontrolle und Vervollständigung der Diagnose werden dann zu beiden Seiten des Uterus die Hände flach aufgelegt mit den Fingerspitzen gegen den Thorax und dadurch die Bestätigung, wo sich der Rücken befindet, erhalten.

„Ist die Diagnose durch den ersten Griff auf Beckenendlage gestellt, so sucht man das zweite Rumpfende im Fundus und er-

kennt den Kopf an dem sehr deutlichen, schweren Ballotieren und an der gewöhnlich tastbaren, ihn vom übrigen Rumpfe scheidenden Halsfurche.

„In einer Reihe von Fällen lassen sich aber bei diesem Griffe über der Symphyse die Finger ganz einander nähern und die weichen Teile in einer Falte fassen. Dabei fühlt aber der obere, der radiale Rand der Hand einen breiten, querliegenden Körper über sich und die Annahme einer Querlage ist dadurch gegeben, die dann in bekannter Weise weiter zu differenzieren ist.

„Mittels dieses Griffes kann man alle erreichbaren Teile des vorliegenden Kindesteiles mit grösserer Genauigkeit durchtasten und sich von demselben einen vollkommeneren Begriff machen, als durch den alten Griff: durch das Hinauf- und Hinuntergleiten des Daumens und Mittelfingers, durch das gleichzeitige Zufühlen mit dem Zeigefinger und dem radialen Handrande erhält man ein vollständigeres Bild, als wenn die Tastgefühle auf zwei Zentren verteilt sind.

„Auf diese Weise gelangt man auch zur Diagnose oder doch zur Vermutung einer stärkeren Deflexion des Kopfes durch das starke Prominieren des Hinterhauptes, welches im ersten Augenblick den Eindruck des Kinns macht. Letzteres fühlt man jedoch bei weiterem Tasten auf der entgegengesetzten Seite tiefer stehend als einen schärferen Vorsprung. Die Untersuchung wird dann vervollständigt durch Palpation des tiefen Einschnittes zwischen Hinterhaupt und Rückenfläche, sowie durch das Hören des Maximums der Herztöne an der Seite der deutlich tastbaren kleinen Teile.

„Dass auch bei dieser Untersuchungsweise Fettreichtum der Bauchwand, sowie Gebärmutter-Kontraktionen die Diagnosenstellung sehr erschweren können, das hat sie mit allen anderen Methoden gemein.

„Sicher wird es manchem Untersucher nicht unwillkommen sein, dass er bei Verwendung dieses Griffes den einmal eingenommenen Sitz an der Seite der Schwangeren während der ganzen äusseren Untersuchung beibehalten kann, während er nach den Vorschriften der früheren Methode die Untersuchung einmal mit dem Rücken gegen das Gesicht, dann gegen das Fussende der Frau auszuführen hat."

Aus der eben angeführten Einleitung ist es am besten ersichtlich, welche Sorgfalt auf die äussere Untersuchung an der Klinik verwendet wird, wie eminent wichtig die äussere Untersuchung ist und wie äusserst wertvolle Schlüsse auf den inneren Befund man in den Hauptpunkten bei richtig erhobenem äusseren Befund ziehen kann.

Ausdrücklich sei erwähnt, dass die Rekapitulation der Pawlikschen Methode und die Angabe, seit wann sie auf seiner Klinik ausschliesslich geübt wird, nicht etwa den Zweck verfolgt, die Verdienste Leopold's irgendwie zu schmälern; im Gegenteile werden seine Bestrebungen, soviel als möglich die innere Untersuchung durch die weiter ausgebildete äussere zu ersetzen, vollkommen anerkannt und in die erste Reihe gestellt.

Nur Eines sei erwähnt; Leopold beschreibt in seinen Publikationen (Archiv f. Gynäkologie, Bd. 38 v. J. 1890; Bd. 45 v. J. 1895) die von ihm modificierte äussere Untersuchungsmethode. Die Methode Leopold's besteht hauptsächlich aus 4 Griffen. Den grössten Wert hat nach seiner eigenen Angabe der Griff III, welcher mit dem von Pawlik angegebenen identisch ist. Leopold übt diesen Griff, lobt seine grosse diagnostische Bedeutung und empfiehlt seine Benutzung wärmstens. Leopold leugnet jedoch in seinen Publikationen die Möglichkeit mittels des Griffes über der Symphyse, die Halsfurche und das Kinn tasten zu können. Er übergeht die Methode der äusseren Untersuchung nach Pawlik mit der allgemeinen Bemerkung, dass jene Geburtshelfer, welche bei gewöhnlichen Lagen mit normaler Haltung der Frucht das Kinn zu tasten glauben im Irrtum sind, da jener Vorsprung dem Stirnhöcker entspricht.

Dass der Zweifel Leopold's ungerechtfertigt ist, davon kann man sich täglich bei den Uebungen im Untersuchen von Schwangeren und Gebärenden überzeugen, besser noch im Verlaufe einer Geburt bei einer Frau mit engem Becken. Während einer solchen Geburt kann man eben einzig und allein aus dem richtigen Tasten der Halsfurche und des Kinns und aus dem Verhältnisse der letzteren zum Beckeneingange den Geburtsverlauf beurteilen.

Dass es möglich ist, das Kinn zu tasten, giebt R. Müllerheim in seiner Broschüre (Die äussere Untersuchung der Gebärenden, 1894) zu, indem er (Seite 12) wörtlich sagt: „Die Palpation des Kinnes ist schon von etlichen Autoren bei der äusseren Untersuchung angeführt, aber meines Wissens bisher von Niemandem so ausgiebig für die Lagebestimmung des Kindeskopfes verwertet worden."

Wie unbegründet diese Behauptung ist, dafür zeugt die oben citierte Arbeit von Pawlik.

Nach dieser einigermassen ausführlicheren aber notwendigen Beschreibung der Untersuchungsmethode von Pawlik, komme ich zu dem zweiten Abschnitt, zur Prophylaxe gegen Erkrankung und Tod im Wochenbette, und zwar zur Leitung der Geburt.

Auf der Klinik von Prof. Pawlik geschieht die Leitung der Geburt ausschliesslich nach den Grundsätzen der Antisepsis.

Der ganze Verlauf von der Aufnahme der Gebärenden bis zur Beendigung der Geburt selbst ist folgender:

Nach dem Eintritt der Gebärenden in das Kreisszimmer ist die Wärterin verpflichtet, vor allem und zwar bei jeder Eintretenden ohne Ausnahme, noch bevor dieselbe gereinigt worden ist, die Körpertemperatur zu messen, dann durch Ausfragen festzustellen, ob dieselbe schon vor ihrem Eintritte in die Anstalt innerlich untersucht worden ist, ob sie nicht an einem Ausflusse aus den Genitalien leidet u. dergl. m. — Nach der Körpertemperatur wird erst entschieden, wo sie entbunden werden soll. Ist die Körpertemperatur normal, so bleibt sie im grossen Kreisssaal, im entgegengesetzten Falle wird sie in den Saal geführt, der für die schon a priori unreinen oder wenigstens verdächtigen Fälle bestimmt ist. — Nach

der Lagerung der Gebärenden auf ein Bett wird vor allem die Reinigung der äusseren Genitalien vorgenommen. Dieselbe besteht in dem Kurzschneiden der Haare auf dem Schamberge und der Umgebung, im gründlichen Waschen der Genitalien mit lauem Wasser und Seife und im Abspülen und Abwaschen mit einer antiseptischen Lösung.

Früher wurde dazu eine Lösung von Carbol oder Sublimat benutzt. Im Sommersemester des Jahres 1892 wurde ein Versuch mit Lysol gemacht. Letzteres hat sich sehr gut bewährt.

Nach sorgfältiger äusserer Reinigung folgt die vaginale Irrigation, welche jetzt ausschliesslich mit Lysol ausgeführt wird. Ich bemerke dazu ausdrücklich „die Irrigation" und zwar eine prophylaktische, und dies aus dem Grunde, weil auf der Klinik von Prof. Pawlik bei normalen Geburten niemals jene besondere Desinfektion der Scheide, beziehungsweise des Gebärmutterhalses geübt wurde, welche im Auswischen dieser Teile mit den Fingern, mit Wattetampons oder besonderen Bürsten besteht. Erst nach dieser Reinigung und vaginalen Ausspülung ist es gestattet, die Gebärende zu untersuchen.

Zuerst wird nach der oben angeführten Methode äusserlich untersucht; dann folgt die innere Untersuchung.

Im Hinblick auf die grosse Zahl der Hörer (durchschnittlich 200 pro Jahr), sowie auf die in der Anstalt wohnenden Studenten und Cursisten, deren zusammen stets 20 sind und die jährlich 4 bis 6 mal wechseln, ist es leicht begreiflich, dass innerlich viel untersucht wird. Es wird jede Gebärende durchschnittlich, ohne eine im Verlaufe der Geburt ausnahmsweise etwa notwendige Untersuchung miteinzurechnen, vom diensthabenden Arzte und 4 Studenten oder Cursisten untersucht. Nach jeder Untersuchung wird die Gebärende neuerlich gereinigt und die Scheide ausgespült. Selbstverständlich wird die äusserliche Reinigung regelmässig wiederholt, wenn Stuhl oder Harn gelassen wurde oder ein anderer Umstand dies erheischt.

Obwohl das Leopold'sche Princip der Beschränkung der inneren Untersuchung als vollberechtigt anerkannt wird, muss anderseits berücksichtigt werden, dass sich in der Praxis die innere Untersuchung doch nicht vollständig umgehen lässt und dass die Möglichkeit dieselbe zu erlernen den Studierenden auf der Klinik geboten werden muss.

Ein Teil der Entbindungen wird blos nach der äusseren Untersuchung geleitet.

Dass die Schwangeren, die sich in der Anstalt befinden, wenigstens einmal in der Woche baden, braucht wohl nicht weiter erwähnt zu werden. In der letzen Zeit und zwar seit Beginn des Wintersemester 1893—1894 wird, da das Kreisszimmer mit einem Terazzofussboden versehen und gleichzeitig in unmittelbarer Nähe desselben ein Wannenbad mit kaltem oder warmen Wasser aus Terazzo errichtet worden ist, besonders eifrig darauf gesehen, dass jede Gebärende, soweit es natürlich die Zeit gestattet, vor der inneren Untersuchung oder Geburt, im Bade ordentlich und am ganzen Körper gewaschen wird. Die Frauen, die eine erhöhte Tem-

peratur haben oder an irgend einer Krankheit leiden, benützen eine besonderen Badewanne aus Blech.

Was die Desinfektion des Untersuchers betrifft, so gelten folgende Verhaltungsmassregeln:

Die hauptsächlichste und wichtigste Bedingung, um zur inneren Untersuchung zugelassen zu werden, ist, dass die Hörer in jenem Semester, in welchem sie die geburtshilflichen Vorlesungen belegen und auf das erforderliche „practicavit" Anspruch erheben, nicht gleichzeitig Vorlesungen im pathologisch-anatomischen Institute besuchen. Sie dürfen auch an keinen öffentlichen oder privaten Cursen, die mit Uebungen an der Leiche oder Leichenpräparaten verbunden sind, teilnehmen und müssen den Besuch jener Vorlesungen, während welcher sie mit Infektionskrankheiten, septischen oder eitrigen Erkrankungen und dergleichen mehr in Berührung kommen könnten, auf andere Semester verlegen. Dasselbe gilt für die in der Anstalt wohnenden und die Klinik besuchende Aerzte. Selbstverständlich muss darauf gesehen werden, dass nicht die nämlichen Kleider, Schuhe, Wäsche, die früher bei den Uebungen an der Leiche bei dem Besuche Kranker, die mit den oben angeführten Leiden behaftet sind, benutzt wurden, beim Practicieren auf der geburtshilflichen Klinik gebraucht werden. Wie weit es möglich ist, die Praktikanten nach der oben angeführten Richtung hin zu kontrollieren, ist leicht zu ermessen. Es ist daher eine Sache der Humanität und des Gewissens des Einzelnen, die angeführten Bedingungen einzuhalten und das Leben der Gebärenden durch den eigenen Leichtsinn nicht zu gefährden.

Bevor die Untersuchung an eine Gebärende oder Schwangere herantritt, muss er den Rock ablegen, die Arme bis zum Ellbogen entblössen und eine reine Schürze umnehmen. Ringe müssen von den Händen entfernt werden. Die Nägel müssen gekürzt, ihre Ränder geglättet und abgerundet sein, der Schmutz unter denselben und in der Furche um dieselben auf das sorgfältigste und gewissenhafteste entfernt werden. Unmittelbar vor der Untersuchung müssen die Hände und Arme bis zum Ellbogen, besonders aber die Finger, Nägel und alle Hautfalten der Hände ordentlich mit Bürste und Seife in möglichst warmem Wasser, welches einigemale zu wechseln ist, einige Minuten (5) hindurch abgerieben, dann durch 2 Minuten in absoluten Alkohol getaucht, und hierauf in einer Sublimatlösung (1:1000) gründlich desinficiert werden (3 Minuten). Nach der Desinfektion der Hände mit Sublimat werden diese nicht getrocknet, sondern der Zeigefinger der noch nassen rechten Hand wird mit einem antiseptischen Fette bestrichen, entweder mit Carbolvaseline oder, wie es jetzt geschieht, mit Sublimatlanolin. Der Zeigefinger wird unter Kontrolle des Auges in die Vagina eingeführt und zwar so, dass der Untersuchende, mit der linken Hand die kleine Labien der entblössten Genitalien auseinanderdrängt, um den Introitus vaginal gut zu sehen. Selbstverständlich muss die innere Untersuchung schonend vorgenommen werden. Hauptsächlich wird der Zeigefinger nach der Untersuchung angesehen, ob er nicht blutig ist. Nach beendigter Untersuchung

werden die Hände trocken abgewischt und von neuem sorgfältig gewaschen.

Unmittelbar vor jeder Geburt werden die Genitalien äusserlich von neuem desinficiert. Bei normalen Geburten ist jede überflüssige Untersuchung auf das strengste untersagt. Dabei wird nur für die richtige Entwickelung des Kopfes über den Damm Sorge getragen. Die unterstützende Hand ist gegen das Rectum mittels einer ausgekochten in eine antiseptische Flüssigkeit getauchten Compresse geschützt.

Nach der Geburt und Abnabelung des Kindes werden die Genitalien der Frau wiederum äusserlich gereinigt, die Nabelschnur in eine antiseptische Compresse eingeschlagen und auf den Bauch der Frau gelegt. Die Hebamme kontrolliert den Uterus und giebt auf eine eventuelle Blutung acht. Früher wurde die Scheide nach Abgang der Nachgeburt irrigiert, in der letzten Zeit werden jedoch ausser, wenn eine besondere Veranlassung dazu drängt, wiederum nur die äusseren Genitalien gereinigt. Gelegentliche Risse werden je nach der Grösse entweder mittels Naht mit Catgut oder, wenn sie kleiner oder blosse Fissuren sind, mittels angelegter Serres-fines vereinigt.

Was das Vorgehen bei operativen Fällen anbetrifft, so unterscheidet es sich von dem vorigen darin, dass vor der eigentlichen Operation, ausser der sorgfältigen äusserlichen Desinfektion auch die Scheide ausgespült wird, und dies um so mehr, wenn übelriechendes Fruchtwasser abgeht oder, wenn die Geburt selbst verschleppt oder verdächtig ist. Nach Beendigung einer solchen Geburt und nach Abgang der Placenta wird eine Desinfektion der inneren Genitalien durchgeführt und zwar je nach Art des vorausgegangen Eingriffes. Musste die Hand oder ein Instrument in den Uterus eingeführt werden, so wird eine intrauterine Ausspülung vorgenommen; blieb der operative Eingriff bloss auf die Scheide beschränkt, so wird auch bloss die Scheide ausgespühlt. Die Irrigationen geschehen immer unter möglichst geringen Druck; es wird auch immer für gehörigen Abfluss der in die Genitalien eingespritzen Flüssigkeit gesorgt.

Sowohl nach einer normalen Geburt, als auch nach einer geburtshilflichen Operation kontrolliert die Hebamme, ob der Uterus gut kontrahiert ist und ob keine Blutung besteht. In den Wehenpausen wird eine sanfte Massage des Fundus ausgeführt. Diese Kontrolle wird je nach Bedarf durch längere oder kürzere Zeit bis zum Eintritte der Dauerkontraktion des Uterus ausgeübt. Nach 3—4 Stunden werden die Frauen aus dem Kreisssaal in die Zimmer für Wöchnerinnen übertragen.

Im Wochenbette wird jetzt die grösste Sorgfalt auf die richtige Kontrolle der Körpertemperatur, des Pulses, auf die Bestimmung der Höhe des Fundus uteri, seiner Konsistenz, auf die Prüfung der Empfindlichkeit seiner Parametrien verwendet. Auch auf die Kontrolle der Lochien, auf das Aussehen der äusseren Genitalien wird grosses Gewicht gelegt. Wurde nach der Geburt eine eventuelle Wunde genäht oder Serres-fines angelegt, so wird dieselbe im Wochenbette abgespült und mit Jodoform bestäubt.

In früherer Zeit wurden zahlreiche vaginale und intrauterine Ausspülungen gemacht; ebenso wurden eventuell zurückgebliebene Eihautreste oder Blutgerinnsel aus der Gebärmutter mittels des Fingers entfernt. In der letzten Zeit gilt jedoch allgemein als Princip, mit den inneren Genitalien möglichst wenig in Berührung zu kommen, und es geschieht letzeres nur auf eine ganz strikte Indikation.

Die Wöchnerinnen, bei denen in den ersten 9 Tagen nichts Abnormes aufgetreten ist, dürfen aufstehen; am 10. Tage werden sie gewöhnlich in die Findelanstalt transferiert. Jene Wöchnerinnen, welche todte Kinder geboren haben oder deren Kinder während der ersten Tage nach der Geburt gestorben sind, werden nach Hause entlassen.

Freilich ist in dieser Zeit der physiologische Process des Wochenbettes noch nicht soweit vollendet, das er nicht die weitere ärztliche Kontrolle fordern würde; der Raummangel jedoch hindert es die Frau länger in der Pflege zu behalten.

Sowie bei einer Wöchnerin die Temperatur über 38° steigt, wird sie auf das sorgfältigste untersucht, um die Ursache dieser Temperatursteigerung ermitteln zu können. Gelingt es sogleich, die Ursache festzustellen, so wird die Therapie darnach eingerichtet. Niemals wird jedoch unmittelbar ohne einen zwingenden Grund weder eine Irrigation noch eine Untersuchung der Scheide oder der Gebärmutter ausgeführt. — Erscheint es entweder gleich nach der Geburt oder im weiteren Verlaufe des Wochenbettes notwendig, so wird die Frau, welche Symptome einer Infektion darbietet, in ein abgesondertes Zimmer gelegt; ebenso wird für sie eine eigene Wärterin bestimmt.

(Schluss folgt im nächsten Heft.)

IV. Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta vom normalen Sitz. Endometritis decidualis gonorrhoica[1])

Von

Dr. W. MASLOWSKY,

Privat-Docent an der med. Akademie zu St. Petersburg.

Die vorzeitige Ablösung der Placenta vom normalen Sitz ist eine Folge pathologisch-anatomischer Veränderungen in deren Gewebe. Diese pathologischen Vorgänge sind erst in der letzten Zeit näher untersucht worden, weshalb auch die Litteratur nicht

---

[1]) Vgl. hierzu den Aufsatz von Julius Neumann „Ueber puerperale Uterusgonorrhoe". Diese Monatsschrift Bd. IV, Heft 2.

viele Fälle aufzuweisen hat, wobei solche Untersuchungen stattfanden. J. Veit[1]) fand in 2 Fällen entzündliche Veränderungen in der Decidua. Hans Meyer[2]) fand in 2 Fällen, ausser Anschoppung der Decidua mit weissen Blutkörperchen, Veränderungen in den Zellen der Decidua basalis; die Konturen derselben waren verschwommen, das Protoplasma getrübt, die Zellen gegen Färbung fast unempfänglich. Im dritten Falle wies die begleitende Hydrorrhoea gravidarum auf entzündliche Processe hin.

Auch Baker[3]) verweist auf mikroskopisch nachweisliche Degeneration des Placentargewebes und ältere Blutgerinnsel. Weiss[4]) fand in 5 Fällen bei Nierenerkrankung die Decidua basalis infiltriert und degeneriert, ebenso auch die oberflächlichen Schichten der Muscularis. In 2 anderen Fällen, ohne Nierenerkrankung war der pathologische Process auf die Muscularis des Uterus allein beschränkt: teils bestand diffuse Infiltration des intramusculären Bindegewebes in der Nähe der Gefässe, ohne Veränderung der Gefässwände, teils verbreitete sich die Infiltration auch zwischen den einzelnen Muskelfasern. Diese Veränderungen erklären auch die hochgradige Atonie des Uterus, die in einem Falle den Tod zur Folge hatte, während im zweiten Falle der Blutung durch eine rechtzeitige Porro-Operation ein Ziel gesetzt wurde. In Hinblick auf die geringe Anzahl von veröffentlichten Fällen mit mikroskopischer Untersuchung der vorzeitig abgelösten Placenta, halte ich es nicht für überflüssig meinen der Privatpraxis entstammenden Fall mitzuteilen, zumal er auch aetiologisch von Interesse ist.

Am 1. Dezember 1895 wurde ich gegen 1 Uhr Nachts zu einer zum ersten Mal Schwangeren wegen starker Blutung und unerträglichen Schmerzen gerufen. Diese Symptome hatten sich gegen 11 Uhr abends eingestellt. Patientin, Fr. K., 22 Jahre alt, Petersburgerin, anämisch von Jugend auf, menstruiert seit ihrem 17. Jahre, mit 7 Tagen Dauer und 3 wöchentlichen Pausen. Verheirathet seit dem 11. Oktober 1894. Die letzte Regel am 17. März 1895. Die Schwangerschaft verlief in den ersten Monaten ohne Beschwerden. Gegen Ende des 4. Monats stellte sich Ausfluss ein, der zeitweilig ätzend wirkte und die äusseren Genitalien sehr reizte. Injektionen und Kompressen mit Aq. Goulardi schafften der Patientin Linderung: der Fluor schwand jedoch nie ganz. Der Mann der Patientin, 24 Jahre alt, erkrankte 7 Monate vor seiner Verheiratung an Urethritis gonorrhoica. Die Kur dauerte diese 7 Monate durch und heiratete der junge Mann mit Erlaubnis des behandelnden Arztes. Ob die Urethritis zu dieser Zeit geschwunden war, ist schwer zu sagen, jedoch kaum anzunehmen, da K. nach jeder Abendmahlzeit mit Wein ein Brennen beim Urinieren fühlte und gegen Morgen das Orificium urethrae verklebt fand. Einen Tag vor der Blutung, wegen deren ich geholt wurde, stolperte Patientin über eine Thürschwelle, ohne jedoch zu Fall zu kommen. Ausser einer leichten Erschütterung fühlte sie gar nichts. Am Abend desselben Tages ging sie in die Badestube, und fühlte sich auch jetzt noch sehr wohl, und legte sich um $9^1/_2$ Uhr zu Bett. Nach $^1/_2$ Stunde stellte sich unter heftigen Schmerzen Blutung ein. Patientin, mittleren Wuchses, gut genährt, anämisch, klagte über unerträgliche blähende Schmerzen im Leibe,

[1]) Müller's Handbuch d. Geburtshülfe. Bd. II, 1889, s. 87.

[2]) H. Meyer. Die vorzeitige Ablösung der Placenta. Korresp.-Blatt f. Schweizer. Aerzte, S. 193, 1891.

[3]) Baker. Concealed acute Hemorrhage into the puerp. uterus. The americ. Journ. of obst. No. 24, p. 661, 1891.

[4]) Weiss. Ueber vorzeitige Lösung d. normal sitzend. Placenta. Arch. f. Gyn., Bd. 46, S. 256.

Schwindel und Ohrensausen. Die Schmerzen waren anhaltend und verstärkten sich alle 2—3 Minuten. Bei meiner Ankunft hatte die Blutung bereits nachgelassen, vorher waren Blutgerinnsel von Faustgrösse abgegangen, welche vermengt mit flüssigem dunklem Blut, $^3/_4$ eines Wasserbeckens füllten. Bei der Untersuchung der Patintin konstatierte ich folgendes: Puls 100, leicht komprimierbar. Anaemie. Innere Organe normal. Im Harn kein Eiweiss und keine Cylinder. Der Uterus reichte bis zum Scrobiculus cordis, war sehr empfindlich bei der Palpation und fühlte sich härter als gewöhnlich an, namentlich in der Kontraktionsperiode; überhaupt waren die Uteruswände gleichsam gedehnt. In Folge dessen war auch die Lage des Kindes nicht leicht zu bestimmen. Der Kopf im Beckeneingang, der Rücken nach rechts; Herztöne rechts von der Mittellinie. — II. Lage. Aus den Genitalien sonderte sich eine hellrothe seröse Flüssigkeit aus. Per vaginam fand sich die Portio 1 cm. lang, konisch, das Orificium ext. geschlossen. Der Kopf liess sich durch das Scheidengewölbe sehr gut abtasten, wobei nichts abnormes gefunden werden konnte; das untere Uterussegment nicht sehr locker. Somit hatten wir es im gegebenen Falle mit einer profusen Blutung gegen Ende des IX. Schwangerschaftsmonats mit starken Schmerzen und Dehnung des Uterus bei lebender Frucht zu thun. Welchen Ursprungs war nun diese Blutung? Placenta praevia liess sich nach der objektiven Untersuchung ausschliessen, zumal Blutungen bei Placenta praevia centr. schon vom 7. Schwangerschaftsmonat auftreten, bei Placenta praevia lateralis und marginalis aber erst im Anfange der Geburt. In unserem Falle trat die Blutung am Ende des IX. Monats mit Schmerzen auf, die bei Placenta praevia sonst ausbleiben. Bei Placenta praevia ist die Blutung eine äussere, in unserem Falle war sie eine innere, worauf die Blutgerinnsel hindeuteten. Endlich sprach auch der Bestand des unteren Uterinsegments gegen Placenta praevia, im Gegenteil alle Anzeichen sprachen für eine vorzeitige Ablösung der Placenta vom normalen Sitz, unter Ausdehnung des Uterus durch den Bluterguss zwischen der Placenta und den Eihäuten einerseits und der Uteruswand andererseits. Dank dieser Blutanhäufung traten Wehen auf, die ihrerseits die Blutgerinnsel ausstiessen. Die unerträglichen Schmerzen liessen sich eben durch die Dehnung des Uterus erklären. Der Verlauf der bald darauf eingetretenen Geburt und die Rissstelle in den Eihäuten bestätigte vollkommen meine Annahme, dass eine partielle Lösung der Placenta stattgefunden hatte.

Auf Grund dieser Diagnose wurde der Patientin ruhige Rückenlage, Eis auf den Leib, innerlich Wein, Extr. Viburni prunif. und Supposit. cum Extr. opii und Bellad. verordnet. Gegen Morgen liessen die Schmerzen nach und der Zustand wurde erträglich, die rötlich gefärbte seröse Absonderung aber dauerte fort. Am zweiten Tage wurde das Eis ausgesetzt. Der Puls wurde voller und die Schmerzen liessen am 4. Tage vollständig nach. Die Absonderung dauerte bis zum 12. December, an welchem Tage gegen 6 Uhr abends sich regelrechte, aber schwache Wehen, ohne Blutung einstellten. Bei der Untersuchung liess sich nirgends im unteren Uterussegment eine Placenta nachweisen. Zur Verstärkung der Wehen wurden alle Stunden heisse Douchen (38—40° R.) mit 2 pCt. Solveol verordnet, worauf die Wehen kräftiger einsetzten und die Blase bei vollgeöffnetem Muttermunde sprang. Das Fruchtwasser war nicht blutig gefärbt. Gegen 4 Uhr morgens wurde die Geburt unter Nachhilfe mit dem Kristeller'schen Handgriff vollendet. Die Nabelschnur war zweimal um den Hals des Kindes geschlungen. Es war ein nicht ganz ausgetragener Knabe von 2900 Gramm Gewicht. Während der Geburt wurden dunkelrothe Gerinnsel aus den Geburtswegen ausgestossen. Blutungen fanden nicht statt. 20 Minuten nach der Geburt wurde die Placenta mit dem Crede'schen Handgriff entfernt, wobei wieder dunkle Blutgerinnsel abgingen. Die Augen des Kindes wurden mit 4 pCt. Borlösung ausgewaschen. Die Mutter bekam 1,25 Secal. cornut. — Der Uterus war gut kontrahiert. Die Placenta wog 520 gr., war rund und hatte im Durchmesser 14—$15^1/_2$ cm. Länge der Nabelschnur 45 cm. Anheftung excentrisch, Riss der Eihäute seitwärts. In den ersten 3 Tagen post partum stieg die Temperatur Abends auf 38,3°; Puls 80; vom 4. Tage an war die Temperatur normal. Lochia rubra reichlich. Involution des Uterus mangelhaft, daher Sec. cornut. verordnet.

Zur bakteriologischen Untersuchung wurde, nach Einführung des Spiegels und Abspülung der Portio vagin. mit gekochtem Wasser, mittels eines langen Glasstabes aus der Uterus-

höhle Sekret entnommen. Bei der Untersuchung von Strichpräparaten fanden sich Eiterkörperchen und Gonokokken in geringer Anzahl in und ausser den Zellen, Streptokokken aber fehlten. Bei dem Kinde stellte sich am 3. Tage Conjunctivitis mit schleimig-eitriger Absonderung ein, in der keine Gonokokken gefunden wurden. Nach 10 Tagen, bei Behandlung mit 4 pCt. Borsäurelösung, schwand die Conjunctivitis.

Am uterinen Rande der Placenta fand sich ein festes dunkelrotes Blutgerinnsel, das sich merklich von den frischen Gerinnseln, welche die Oberfläche bedeckten, unterschied. Nach Entfernung desselben durch Abspülung mit Wasser wurde eine ovale Vertiefung sichtbar, deren Längsdurchmesser fast 9 Centimeter betrug, und die scharf vom übrigen Placentargewebe abgegrenzt war. Der Boden dieser Vertiefung war mit einer Schicht der Decidua basalis bedeckt, das Gewebe derselben dünn, fest und dunkelrot gefärbt. Längs der ganzen Vertiefung ragt die Placenta um $1-1^1/_2$ cm über die Verbindungsstelle mit den Eihäuten hervor und bildet einen scharf vortretenden abgerundeten Rand (margo).

Für die mikroskopische Untersuchung wurden kleine Stücke aus verschiedenen Teilen der Placenta und der Eihäute nach gebräuchlicher Methode (Alkohol abs., Celloidin) gehärtet und die Schnitte (Mikrotom) mit Carmin und Haematoxylin-Eosin gefärbt. Einige Schnitte wurden nach Weigert gefärbt, um sie auf Fibrin zu untersuchen. Zur Konstatierung der Gonokokken wurden die üblichen Färbungsmethoden angewendet und auch nach Gram entfärbt.

Die Untersuchung der Präparate (Zeiss, Obj. dD. Oc. 2 u. 4) aus den dünnen Teilen der Placenta im Bereiche der Vertiefung, zeigte, dass die Decidua basalis mit einkernigen runden Zellen und vielkernigen Leukocyten infiltriert war; die Deciduazellen waren ohne scharfe Grenzen, ihre Kerne und das Protoplasma schwach gefärbt. In der infiltrierten Decidua basalis fanden sich vereinzelte Extravasate, jüngeren und älteren Datums. Die Gefässe waren unverändert und enthielten sehr gut erhaltene (rothe) Blutkörperchen. Die Zotten, eng aneinander gelagert, waren meistens epithellos, die Gefässe durch Blut ausgedehnt, die Stromazellen ohne Veränderung; im Stroma selbst keine Infiltration. Dieses Ergebnis erklärt vollkommen die Gewebsveränderungen im Bereiche der Ablösung der Placenta. Der Bluterguss fand in der Dicke der Decidua basalis statt und auch die Ablösung erfolgte in dieser Schicht, wie bei normalen Verhältnissen. Der Bluterguss musste natürlich einen Druck ausüben, auf die Uteruswand wie auch auf die Placenta. Natürlich war dieser Druck stärker auf das Placentargewebe, da der Raum zwischen den Zotten sehr breit und dadurch auch leicht komprimierbar ist. Unter diesem Druck wurden diese Räume immer kleiner und verschwanden schliesslich gänzlich, wodurch die Zotten eng aneinander gelagert erschienen. In Folge dessen wurde diese Placentarstelle fast doppelt so dünn, wie die ganze übrige Pla-

centa. Die Untersuchung der Präparate aus dem Rande (margo) zeigte, dass die Decidua basalis, welche die Wandung der Placentarsinus bildet, stark mit runden Zellen infiltriert war, hie und da waren auch vereinzelte gequollene Endothelzellen zu bemerken; die Deciduazellen waren schwach gefärbt, ohne scharfe Grenzen, die Placenta foetalis stark verändert. Die Zotten waren gruppenweise an den Sinuswänden gelagert; zwischen den Gruppen ein fibrinöses Netz, das aus Maschen von verschiedener Grösse und Form gebildet wird und schichtenweise gelagert ist. In den Maschen des Netzes befinden sich Blutkörperchen, in ihrer Mehrzahl gut erhalten.

In den grossen Zotten bemerkt man gefüllte Gefässe, in den kleinen sind keine Gefässe wahrzunehmen. Zottenstroma ohne Veränderung, das Epithel meistens erhalten. Dieser Befund weist auf den sogenannten weissen Infarkt jüngsten Datums hin, auf Grund der gut erhaltenen Blutkörperchen und der geringen Veränderungen in den Zotten. Als Ausgangspunkt für die Entstehung des Infarkts ist die Veränderung im Endothel der Sinuswand, hervorgerufen durch die Entzündung der Decidua basalis, anzusehen.

Bei der Untersuchung der Präparate aus den anderen Teilen der Placenta fand sich die Decidua basalis infiltriert, wobei aber die Veränderungen in den Deciduazellen weniger markiert waren; die Zotten normal. Das Chorion und Amnion waren im Bereiche der Placenta ohne Veränderung. Die Decidua vera war stark mit Rundzellen infiltriert, teils in Gruppen, teils zerstreut; die Kerne der Deciduazellen, scharf markiert, waren schwach gefärbt. In der Decidua capsularis war die Infiltration weniger ausgeprägt; ihre Zellen gut gefärbt; Chorion und Amnion ohne Veränderung.

In allen Präparaten der Decidua fanden sich in dem Protoplasma der runden und der Deciduazellen Körperchen von ziemlich grosser, runder, eckiger und achteckiger Form, die sich sehr gut mit Haematoxilin und Anilin färben liessen. Die Natur dieser Körperchen ist ziemlich schwer zu bestimmen, ich hielt sie für Chromatinkörper aus den zerstörten Kernen. Da die mikroskopische Untersuchung der Deciduapräparate auf einen Entzündungsprozess jüngeren Datums hinwies, so wurden einige Präparate auf Mikrokokken untersucht. Die Färbung nach Gram ergab ein negatives Resultat — es waren also keine Streptokokken vorhanden. Zur Konstatierung der Gonokokken wurden die Färbungsmethoden von Wertheim, Bumm und Touton angewandt. Die Konstatierung von Gonokokken in den Geweben ist überaus schwierig, namentlich in nicht mehr frischen Fällen, wie der unsrige, und wenn sie in geringer Anzahl vorhanden sind. Die Methoden von Wertheim und Bumm gaben uns kein gutes Resultat, dagegen erzielten wir sehr gute Resultate nach Touton (Färbung mit Carbolfuchin und nachfolgender Entfärbung in absol. Alkohol). In den Placentapräparaten der Decidua basalis fanden sich keine Gonokokken. In der Decidua vera aber fanden sich, näher ihrer äusseren Oberfläche, in dem Protoplasma der Rund-

zellen einzelne Mikrokokken, die ihrer Semmelform und Grösse nach vollkommen den Gonokokken glichen; ausserhalb der Zellen fanden sich keine Exemplare vor. Auch in der Decidua capsularis liessen sich keine Gonokokken konstatieren. Zur Untersuchung wurde benutzt Oc. 4½ homog. Immers. Zeiss.

Um eine Verwechselung der Gonokokken mit den oben erwähnten mit Haematoxylin gefärbten Körperchen, die sich in dem Protoplasma der runden und Deciduazellen vorfanden, zu vermeiden, färbte ich das Sekret einer 3 wöchentlichen Urethritis mit Haematoxilin, wobei sich erwies, dass die Gonokokken wenig empfänglich für diese Färbung waren, da sie nur eine ganz schwache blassblaue Färbung annahmen. Dadurch war eine Verwechselung ausgeschlossen. Die Färbung nach Touton ergab immer gute Resultate. Die Gonokokken erhielten stets eine intensive Färbung, und ihre Form trat deutlich zu Tage. Die Konstatierung der Gonokokken stellte somit das ätiologische Moment der Endometritis vollkommen klar, und wir hatten es mit einer Endometritis decidualis interstitialis gonorrhoica zu thun. Mein Fall erinnert durch seine starke Infiltration der Decidua an 2 Fälle von Weiss (l. c.) und den Fall von Donat[1]), den er als „Endometritis purulenta" beschrieben hat.

Den Zeitpunkt der Infektion in unserem Falle zu bestimmen ist ziemlich schwierig, da wir ihn nur annähernd auf Grund der Anamnese und der mikroskopischen Untersuchung bestimmen können. Patientin litt seit Ende des 4. Monats an „weissem Fluss." Es ist leicht möglich, dass anfänglich die Schleimhaut der Scheide inficiert wurde und dann der Process auf die Gebärmutter überging. Die Untersuchung der Präparate ergab nur eine Infiltration der Decidua. Der durch diese Entzündung hervorgerufene Infarkt in der Placenta war frischen Ursprungs. Die geringe Anzahl der Gonokokken in den Lochien und im Gewebe der Decidua vera lässt sich als bereits abgeschwächte Gonokokkeninfektion erklären, oder auch so, dass die Schwangerschaft keinen günstigen Boden zur Verbreitung der Gonokokken darbot. Die Bedeutung der gonorrhoischen Infektion während der Schwangerschaft ist ja noch sehr wenig aufgeklärt. Es existiert ein reiches Material über gonorrhoische Infektionen der Harnröhre, der äusseren Geschlechtsteile, der Scheide und der Cervix bei Schwangeren, nicht aber über die infektiöse Erkrankung der Decidua.

Die Untersuchungen Wertheim's[2]) an einem wegen gonorrhoischer Adnexerkrankung exstirpierten Uterus stellten Endometritis gonorrhoica interstitialis fest, die Untersuchungen Madlener's[3]) die einer Metritis gonorrhoica. Nach Fehling[4]) lassen

---

[1]) Archiv f. Gynäk. Bd. 24, S. 481.

[2]) Wertheim. Die ascendierende Gonorrhoe b. Weibe. Arch. f. G., Bd. 42, 1892.

[3]) Madlener. Ueber Metritis gonorrhoica. Centrb. f. Gyn., 1895, No. 50, p. 1313.

[4]) Fehling. Die Bedeutung d. Gonorrhoe f. Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Münch. med. Wochenschr. 1895, No. 49, S. 1141.

sich gewisse Aborte bei Frauen, die nachträglich chronische Adnexerkrankung darboten, durch gonorrhoische Infektion erklären, die, ebenso wie die Syphilis, zur Unterbrechung der Schwangerschaft führen kann. Das Auftreten einer Endometritis gonorrhoica im späteren Stadium der Schwangerschaft hält Fehling auf Grund des Donat'schen Falles für wahrscheinlich. Mein Fall liefert einen eklatanten Beweis hierfür.

In meinem Falle stieg in den ersten 3 Tagen des Wochenbettes die Abendtemperatur auf 38,3° bei 80 Pulsschlägen. Ob nun diese leichte Endometritis von der gonorrhoischen Infektion abhing, ist schwer zu sagen, obgleich nach den bakteriologischen Untersuchungen Krönig's[1]) die Gonokokken auch eine Rolle bei Erkrankungen des Wochenbettes spielen. Schwache Wehen und langsame Involution muss man meiner Meinung nach ebenfalls für Folgen der Entzündungsprocesse in der Muscularis uteri halten. In meinem Falle lässt sich die vorzeitige Ablösung der Placenta sehr gut durch Endometritis decidualis gonorrhoica erklären. Durch die Infiltration wurde der Zusammenhang der Deciduazellen gestört, und die Verklebung der Placenta mit dem Uterus gelockert, wodurch die Disposition zur Ablösung entstand. Die Ablösung selbst aber konnte durch die Blutungen, die bei Endometritis interstitialis stattfinden, entstehen. Körperliche Erschütterung und kurze Nabelschnur konnten, bei Gegenwart der angegebenen anatomischen Vorgänge in der Decidua, als äussere Ursachen gelten. Somit kann Endometritis gonorrhoica bei Schwangeren auch ohne Nierenerkrankung, Morbus Basedowii u. s. w. eine vorzeitige Ablösung der Pacenta vom normalen Sitz hervorrufen.

V. Beiträge und Bemerkungen zur intrauterinen Therapie

(Eine neue Methode zur Behandlung der Cervicalstenose)

Von

Dr. G. ZEPLER

Berlin.

Die Methoden, welche für die Behandlung der Cervicalstenose bislang zur Verfügung standen, sind nicht für alle Fälle brauchbar, und eine noch so geringfügige Vermehrung derselben dürfte deshalb der Beachtung nicht unwert erscheinen. Von den alten Methoden kämen neben der unblutigen Dilatation, die für sich allein

[1]) Krönig. Centralbl. für Gyn. 1895, No. 16, S 122.

von vornherein nur als ein Palliativmittel angesehen werden kann, in erster Reihe die Discisionen an der Cervix und am Os int. mittels der verschiedenen Metrotome in Betracht. Bei diesen nicht einmal so einfachen und etwas unsicheren Verfahren, die auch nicht ganz gefahrlos[1]) sind, dürften Dauererfolge selbst bei sorgfältiger Nachbehandlung selten zu verzeichnen sein. Schroeder sagt in seinem Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane: „Eine dauernde Erweiterung führen übrigens selbst sehr tiefe, durch den ganzen oberen Teil des Cervix gehende Incisionen für sich nicht herbei, da sie eine sehr grosse Neigung zum Wiederverwachsen haben. Man muss deswegen regelmässig dem Einschneiden eine öfter wiederholte Erweiterung folgen lassen."

Das wird von vornherein klar, wenn man sich die anatomische Beschaffenheit des Organs und dessen physiologisches Verhalten neben dem gesetzten Effekte der Discision vor Augen führt. Denn selbst bei Verhinderung einer primären Wiederverklebung der Wundränder wird eine spätere engste Aneinanderlegung derselben infolge des natürlichen Kontraktionsbestrebens des Uterus nicht zu vermeiden sein. Darauf weist auch Vulliet[2]) hin, welcher noch entschiedener wie Schroeder und Andere die Unwirksamkeit der Discision hinsichtlich der Dauer, wenigstens für einen Teil der Fälle, hervorhebt.

Ist der Verlauf nicht ganz aseptisch, so droht infolge der wiederholten Eingriffe die Gefahr einer Metritis, Parametritis etc. und die Dysmenorrhoe, gegen die das Verfahren meist angewandt worden ist, kann sich direkt infolge der Entzündung oder indirekt durch die verminderte Kontraktionsfähigkeit des Uterus sogar verstärken. Dazu kommt die Möglichkeit einer narbigen Schrumpfung an der Schnittstelle, welche in der Richtung des Kanal-Querschnittes, also verengend, wirkt. Aber auch die immer notwendige langwierige Nachbehandlung mittels Dilatation beweist den Mangel der Methode. Neben verschiedenen Modifikationen untergeordneter Art haben die teilweise ungenügenden Erfolge der Discision Küster zu seiner „Stomatoplastice uterina interna" geführt, einem so komplizierten Verfahren, dass es Kaltenbach durch die Misserfolge der andern Methoden für nicht genügend gerechtfertigt hält.

Neuerdings hat Vulliet[3]) ein Verfahren ersonnen, das von den alten Methoden, die in hartnäckigen Fällen keine befriedigenden Resultate ergeben haben, völlig abweicht und darauf beruht, nach Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, Hinaufschiebung der Blase und vertikaler Spaltung des Uterus von vorn einen von der Portio gebildeten, am äusseren Muttermund anhebenden Lappen in den Spalt einzufügen. Diese äusserst komplizierte Methode kann, nach des Erfinders eigener Ansicht, nur angezeigt sein, wenn die Verengerung anderen Behandlungsmethoden widerstanden hat und die Symptome diesen Eingriff rechtfertigen.

---

[1]) s. Hegar-Kaltenbach § 101; sowie Olshausen in Volkmann's Samml. klin. Vortr. No. 67, S. 507.

[2]) Centralbl. f. Gyn. 94. No. 3.

[3]) Centralbl. f. Gyn. 94, No. 3.

Für die gewöhnlichen Fälle ist sie jedenfalls nicht am Platze und sie dürfte, wenn sie sich im Einzelfall für die Dauer bewährte, stets nur ein ultimum refugium sein.

Für einen allgemeineren Gebrauch hingegen, wenigstens für gewisse Fälle von isolierter Stenose des Os int. (s. später), vielleicht aber auch für diejenige Stenosen des letzteren, welche nur Teilerscheinung der Stenose des ganzen Cervixkanals ist, möchte ich nun folgendes Verfahren, das ich in einer Reihe von Fällen mit teilweise recht befriedigendem Erfolge angewandt habe, zur Nachprüfung empfehlen.

Zu diesem Verfahren sah ich mich zunächst veranlasst durch diejenigen Fälle von Stenose des inneren Muttermundes, bei denen ich am letzteren eine in das Lumen vorspringende und dasselbe verengende scharfe Leiste vorfand. Diese nicht seltenen Fälle erwähnt auch Schroeder in seinem Lehrbuch (S. 68). Es schien mir notwendig, diese Leiste nicht einfach einzuschneiden, sondern womöglich ganz zu entfernen. Am geeignetsten hierfür hielt ich den Pacquelin. Um denselben im Innern des Uterus anwenden zu können, musste ich diesen vorher erweitern. Aber es galt auch, das Organ vor nicht beabsichtigten Verletzungen mit dem Brenner zu schützen und deshalb die Methode so einzurichten, dass es möglich wurde, unter dem Gesichtssinn zu arbeiten, dass aber auch bei Ausserachtlassung des letzteren eine weitergreifende Verbrennung nicht leicht statthaben konnte.

Zu dem Zweck wird in den Uterus an zwei aufeinander folgenden Tagen je ein Laminariastift von entsprechender Stärke eingeführt, bis die ganze Gebärmutterhöhle gut für einen Finger durchgängig ist. Alsdann, aber auch schon einmal vor der Erweiterung, messe ich mit der Sonde die Länge der Cervix bis zum inneren Muttermund. bez. der noch jetzt gewöhnlich nicht ganz verstrichenen Leiste. Nun folgt das meist notwendige Curettement, da als Folge der Stenose gewöhnlich sehr hochgradige Schleimhauthypertrophie, selbst dort, wo keinerlei Menorrhagien sie hätten vermuten lassen, vorhanden ist. Darnach wird, event. nach vorangegangener Spülung, das Uteruscavum, so weit sich das ermöglichen lässt, mit Watte oder Gaze ausgetrocknet und dann bis an die Stelle, welche gebrannt werden soll, d. h. bis an das Os internum, bezw. jede andere in Betracht kommende Stelle, möglichst fest vom Fundus her ausgestopft. Dazu benutze ich der Hauptsache nach feuchte sterile Gaze, welcher man zuletzt thunlichst mit etwas trockenem Asbest einen Abschluss giebt. Zur Kontrollierung der Ausdehnung der Tamponade benutze ich den Finger, der nach dem Os int. bez. der Leiste tastet, oder aber eine Masssonde. Ist somit vom Fundus her der Uteruskörper vor der Einwirkung des Brenners gesichert, so wird der Schutz für den unteren Teil der Cervix bewirkt durch ein eigens hergestelltes Metallspeculum, das bis an das Os. int. oder die sonst in Betracht kommende Stelle vorgeschoben wird, so zwar, dass zwischen den beiden durch Tamponade bez. Speculum geschützten Partien ein mit Schleimhaut überkleideter, zirkulärer, kurzer Hohlkanal übrig

bleibt, welcher der Stelle entspricht, die der Behandlung mit dem Paquelin zu unterliegen hat.

Nur durch dieses vereinigte Verfahren von Corpustamponade und Specularanwendung für die Cervix ist es überhaupt möglich, eine offene Lichtung zu erhalten und das sonst unvermeidliche Zusammenfallen der Uteruswände zu verhindern.[1])

Die Specula, welche ich verwendete, habe ich mir bei P. Engmann in Berlin N.W., Charitéstr. 4, analog dem Simon'schen Harnröhrenspeculum, aber aus Metall herstellen lassen. Sie erwiesen sich nach verschiedenen Richtungen hin als zweckmässig, besonders bei Vorrat eines ganzen Satzes von sechs solcher Specula in drei verschiedenen Stärken von etwa 1,2 bis 1,8 cm Lichtweite, je in der Länge von 3 und 5 cm. Daneben kann man sich in selteneren Fällen auch der gewöhnlichen Harnröhrenspecula bedienen.

Als zweckmässigsten Brenner habe ich eine kleine Kugel von gut $^1/_2$ cm Durchmesser befunden, welche auf einem schmächtigen, gegen das Ende hin ein wenig gekrümmten, 2 bis 3 cm langem Halse aufsitzt. Nur tastend oder unter direkter Beleuchtung mittels elektrischer Stirnlampe gehe ich schnell mit dem Brenner durch das Speculum an die nicht bedeckte vordere Uteruswand und drücke den Brenner einige Secunden lang an, gehe schnell wieder heraus und nach einer Pause abermals hinein. In der Pause kontrolliere ich mit dem Finger, ob die Leiste sich gelöst hat oder überhaupt ein Defekt zu fühlen ist. Das letztere ist schwer; doch kann man bei richtiger Anwendung des Verfahrens sicher sein, einen Substanzverlust erzielt zu haben. Es bleibt dem Operateur unbenommen, wo es notwendig ist, ringsherum zu brennen, anstatt, wie meist nur, an der vorderen Wand. Das Einführen des Brenners kann mehrere Mal wiederholt werden, wozu es ratsam ist, zum Wechseln zwei Brenner in Bereitschaft zu halten, da dieselben bei der Anwendung leicht feucht werden, so dass die Gluth verlöscht; doch scheue ich mich wegen der starken Erhitzung, das Verfahren zu sehr zu forcieren. Event. lässt sich eine schnelle Abkühlung durch bereit gehaltene kühle Spülung erzielen. Auch könnte zweckmässig während der Manipulation ein nasskaltes Tuch äusserlich auf die Blasengegend aufgelegt werden.

Die natürlich in Narkose vorgenommene Operation wurde bisher immer ohne alle üblen Zufälle vertragen. Eine Durchbrennung des Uterus ist wohl ausser vielleicht bei sehr atrophischer vorderer Uteruswand nicht gut möglich, wenn man nicht etwa den Brenner

---

[1]) Das Verfahren lässt sich vielleicht noch vereinfachen und verbessern durch Anwendung eines bis zum Fundus reichenden, röhrenförmigem Speculum für das ganze Cavum, mit oben abgeschlossenem Ende, also in der Gestalt eines Handschuhfingers. Dasselbe müsste in der Gegend des inneren Muttermundes einen Ausschnitt haben. — Auch für andere Zwecke der Besichtigung und therapeutischer Eingriffe könnten, wo es gälte, nur umschriebene Partien einzustellen, solche Specula mit kreisrunden Ausschnitten an verschiedenen Stellen oder einem einzigen longitudinalen, die ganze Länge des Speculum betreffenden Ausschnitt, nach Art der Mastdarmspecula von Fergusson und Küster, zur Verwendung kommen. Aehnliche Instrumente für das Uterus-Innere sind übrigens schon bekannt.

zu lange oder zu stark an die Uteruswand anpresst. Zur Sicherheit dürfte es sich empfehlen, in jedem Falle vor der Manipulation die Stärke der Uteruswand an der betreffenden Stelle mit zwei Fingern vom Uterusinnern und vom Scheidengewölbe aus explorierend abzuschätzen.[1])

Nach der Beendigung der eigentlichen Prozedur wird der Tamponstoff mit der Dührssen'schen Pincette oder der Kornzange aus dem Cavum entfernt mit Beachtung der Stückzahl, falls mehrere kleinere Stücke eingeführt worden sind. Dann erfolgt eine kühle intrauterine Spülung und zuletzt Einführung eines Jodoformgazestreifens in das Uteruscavum sowie feste Tamponade der Scheide oder wenigstens des Gewölbes. Gern lasse ich gleich hinterdrein kühle Umschläge machen und ein Opiumzäpfchen verabreichen. Den nächsten Tag entferne ich die Tampons, um sie, wenn keine Blutung erfolgt ist, nicht wieder einzuführen. (Der Uterus hatte sich stets bereits gut kontrahiert, doch war der Kanal noch eine Zeit lang immer ziemlich geräumig.) Es wird dann eine intrauterine Spülung vorgenommen, die je nach Gutdünken alle 1—3 Tage wiederholt wurde. Es genügen meist einige wenige Spülungen. Die Einführung des Katheters ist im Anfang gewöhnlich etwas schmerzhaft infolge des durch die Verbrennung und die Hitze gesetzten Reizes, sodass es sich vielleicht empfehlen dürfte, der eigentlichen Spülung die Einträufelung von ein paar Tropfen 10 bis 20 procent. Cocaïnlösung mittelst feiner Braun'scher Spritze vorauszuschicken. Auch ist in den ersten Tagen einmal recht starke seröse Wundsekretion beobachtet worden.

Die Einführung der Jodoformgaze in den Uteruskanal unmittelbar nach der Operation (event. auch die Tage nachher) sowie öftere Einführung des Katheters und Spülung sollen auch einer etwaigen Verklebung der Wundfläche und also einer Atresie des Uterus vorbeugen.

Die Erfolge dieser Methode, welche bis jetzt noch keinerlei Nachteile im Gefolge gehabt hat, sind bis jetzt recht befriedigend, da in den Fällen, die ich weiter zu beobachten Gelegenheit hatte, noch nach einer Reihe von Monaten die vorher hochgradige Dysmenorrhoe ganz oder fast ganz fortgeblieben ist und der Cervixkanal von der Sonde ohne Weiteres oder doch verhältnismässig leicht passiert werden kann, wo das vorher nicht der Fall war. Weiteres bleibt freilich abzuwarten.

Dass der ganze Eingriff von Anfang bis zu Ende mit strengster Beobachtung aller Vorschriften für die Asepsis, unter Umständen aber auch gewisser antiseptischer Cautelen, einherzugehen hat, bedarf wohl kaum der Erwähnung.

Genaueres möchte ich hierbei über meine Bereitung der Laminariastifte mitteilen, welche dieselben nicht nur sicher steril macht, sondern ihnen selbst desinficierende Kraft verleiht, sodass bei vor-

---

[1]) Hegar-Kaltenbach: Operative Gynäkologie. Ueber Nebenverletzungen bei Discision. 3. Auflage. S. 593—95 und Olshausen, an der erwähnten Stelle.

handener chronisch-eitriger Endometritis eine Stauung des eitrigen Sekrets hinter dem Stift, bez. in seiner Umgebung viel weniger gefährlich erscheint. Ich imprägniere die Stifte mit Sublimat. Es hat sich nämlich gezeigt, dass in Wasser aufgequollene Stifte wieder zum Trocknen und zur Schrumpfung auf ihr ursprüngliches Volumen gebracht werden können, ohne dass sie an Quellbarkeit einbüssen. Als die schnellste und beste Methode dazu hat sich bei meinen Versuchen bewährt, die gequollenen Stifte auf mindestens 24 Stunden in absoluten Alkohol einzulegen und dann an der Luft in gewöhnlicher Zimmertemperatur oder noch besser auf der Platte eines mässig erwärmten Ofens trocknen zu lassen. Nach einer längeren Reihe von Versuchen habe ich nun folgendes Verfahren für die Präparation am zweckmässigsten befunden. Die Stifte werden in gewöhnlichem Wasser, das möglichst oft durch frisches ersetzt wird, zwei Tage lang ausgelaugt. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Alkalien in ihrer Verbindung mit Chlor und vielleicht auch um Spuren von Brom und Jod.

Ihre gründliche Auslaugung dürfte zu empfehlen sein, weil die Gegenwart dieser Salze vielleicht eine genügende Durchtränkung mit dem Sublimat[1]) verhindert und bei manchen Imprägnierungsmitteln, besonders dem Arg. nitr. obendrein eine chemische Umwandelung und somit Aufhebung der pharmakologischen Wirkung herbeiführt. Die so gequollenen und äusserlich mit einem Tuche abgetrockneten Stifte lege ich in 1/4 bis 1 procent. Sublimat-Alkohol, je nachdem ich einen mehr oder weniger stark imprägnierten Stift wünsche. Nach 24—48 Stunden werden die Stifte in einer sterilen Schaale an der Luft getrocknet. Nachdem die Stifte ihr ursprüngliches Volumen erlangt haben, bewahre ich sie in 1 procent. Sublimat-Glycerin oder einer Mischung von Glycerin und Alkohol mit Sublimat auf. Diese Aufbewahrung hat gewisse Vorteile vor derjenigen in Jodoform-Aether, Alkohol, reiner Karbolsäure oder vor der trockenen Aufbewahrung. Das blosse Einlegen in Sublimat-Alkohol ohne die von mir angegebene Vorbereitung erfüllt nicht denselben Zweck, da, wie meine Versuche mich gelehrt haben, bei dieser Methode weder Sublimat noch Alkohol tiefer in das Innere der Stifte eindringen. — Die mit 1 procent. Sublimat-Alkohol vorbereiteten Stifte enthalten schon ziemlich viel Sublimat, wie die Reaktion eines zur Probe vorgenommenen Extraktes einiger präparierter Stifte in destilliertem Wasser mit einer Lösung von Arg. nitr. erkennen lässt. Glaubt man daher bei sehr anämischen, dekrepiden Geschöpfen eine Sublimatintoxikation fürchten zu müssen, so dürfte es sich empfehlen, Stifte anzuwenden, die mit 1/4 procent. Sublimat-Alkohol präpariert sind. Eventuell müsste man weniger giftige Mittel, z. B. Arg. nitr. oder Formalin, zur Imprägnierung der Stifte verwenden. — Auszunehmen von der beschriebenen Art der Präparation wären allenfalls die ganz dünnen Stifte von der Stärke eines oder weniger Millimeter, die dabei leicht ihre Form einbüssen.

[1]) Aus demselben Grunde möge zur Imprägnierungsflüssigkeit auch reines Sublimat verwendet werden, nicht Sublimatpastillen.

Wenn ich mein Verfahren gegen Stenose des Os. int. zunächst anzuwenden mich veranlasst sah, um eine direkt in das Uteruslumen hineinragende Leiste fortzubrennen, so scheint es mir auch angebracht, selbst bei Fällen die einen Vorsprung nicht aufweisen, die Verengerung am innern Muttermund durch einen mittelst des Pacquelins gesetzten geringen Substanzenverlust zu heben, mag diese Verengung nun isoliert bestehen oder den ganzen Kanal betreffen. Wenn Gusserow[1]) der Stenose des Os. int. gegenüber derjenigen des ganzen Cervikalkanals eine geringere Bedeutung beilegt und bei der Discision das Os. int. in die Operation mit einzubeziehen nicht immer für notwendig hält, so möchte ich hervorheben, dass das Os. int. doch die engste Stelle des ganzen Kanales darbietet, also gewöhnlich auch wohl die engste Stelle des der ganzen Länge nach stenosierten Kanales ist. Deshalb möchte ich gerade auch bei Stenose der gesamten Cervixkanales die Anwendung meiner Metode am Os. int., vielleicht in Verbindung mit der Discision des äusseren Muttermundes oder des ganzen übrigen Kanales empfehlen.

Gegen mein Verfahren liesse sich nun theoretisch das Bedenken erheben, ob nicht eine an der Brandwunde etwa entstehende Narbe, vielleicht durch Narbenzug in querer Richtung, nun erst recht eine Verengerung herbeiführen werde. Der bisherige Erfolg scheint dem zu widersprechen. Ja, nach meinen weiteren Erfahrungen musste angenommen werden, dass wenn bei tieferem Substanzverlust Vernarbung eintritt, der Zug in longitudinaler Richtung stattfindet. Ich habe nämlich zwei Fälle der Behandlung unterworfen, in denen neben der Leiste noch eine ausgesprochene Anteflexio vorhanden war.

Im ersten Falle, bei dem ich die Frage der Vernarbung noch garnicht in Betracht gezogen hatte, kann es jedenfalls zu einer Verengerung durch queren Narbenzug nicht gekommen sein, da der Erfolg hier ein ausgezeichneter war, indem Pat. die an hochgradiger Dysmenorrhöe gelitten hatte, seit der über 7 Monate zurückliegenden Operation ohne die geringsten Beschwerden menstruiert. Im zweiten Fall, bei dem ich bereits an die Möglichkeit eines durch die Streckung bewirkten gleichzeitigen Einflusses auf die Knickung dachte, schien mir allerdings die Anteflexio ein wenig vermindert zu sein, während der subjektive Erfolg hier (wohl aus andern Gründen) weniger eklatant war. Aber zumal im Hinblick auf den Mangel erfolgreicher Methoden zur Behandlung der Anteflexio, oder, wie Olshausen sagt, auf „das grosse und oft sich aufdrängende Bedürfnis bei Flexionen, zumal Anteflexionen, die oft erhebliche Stenose des inneren Muttermundes sicherer zu heben, als dies durch Anwendung der Sonde, der Quellinstrumente und Intrauterinpessarien in vielen Fällen geschehen kann," halte ich es immerhin des Versuches wert, die Methode nicht allein bei solchen Formen der Anteflexio anzuwenden, die eine deutliche Stenose im Gefolge haben, d. h. wo die Einführung einer gewöhnlichen Sonde durch ein von starren, unnachgiebigen Wänden umgebenes, verengtes Lumen nur unter grösseren Schwierigkeiten stattfindet oder ganz unmöglich ist, sondern

[1]) Volkmann's Samml. klin. Vortr. S. 646.

auch ohne solche überall da, wo in Folge von Anteflexio Dysmenorrhöe (und Sterilität) besteht, ohne dass sich das Vorhandensein einer Stenose mittelst der Sonde sicher nachweisen lässt: mag nun der Nutzen der Methode darin bestehen, durch eine longitudinal sich zusammenziehende Narbe den Winkel zwischen Corpus und Collum weniger spitz zu gestalten oder lediglich darin, an hyperplastischem oder nur infolge der Knickung in das Lumen vorspringendem, bez. dasselbe ganz verlegendem weichem und nachgiebigem Uterusgewebe einen Substanzverlust zu erzielen. Solche Fälle mit ausserordentlich schlaffem Gewebe in der Gegend des Isthmus, welche gerade eine scharfe Abknickung des Corpus nach vorn oder hinten gegen das Collum (sowie das Zusammenfallen der Wände) begünstigen, giebt es thatsächlich, und es wird durch Abbildungen, die Hewitt in einer Veröffentlichung (Ann. of Gyn. I, 6, p. 241 March 1888) giebt, klar nachgewiesen, wie trotz der Durchgängigkeit für die Sonde der anatomische und physiologische Effekt einer Stenose hervorgerufen wird durch vollständige Aneinanderlegung der Uteruswände an der Knickungsstelle. Der abgebildete Uterus ist fast genau in der Medianlinie durchschnitten. Auf der Schnittfläche ist in einer Länge von 2 cm der Cervikalkanal entsprechend der Knickung erst dann zu sehen, wenn vordere und hintere Wand durch Zug von einander entfernt werden.

Hierbei ist deutlich zu erkennen, dass der Verengung von vorn nach hinten eine Verbreiterung des Kanals an derselben Stelle entspricht. Es ist ohne Weiteres klar, welche Schwierigkeit, besonders bei ebenfalls schwachem Korpusgewebe, flüssigen Massen bei der Passage solcher Stellen geboten ist und bis zu welchen Schmerz - Paroxysmen die bis aufs Aeusserste gesteigerten Kontraktionen des oberhalb der Stenose angefüllten Uterus führen können.

Der Begriff der Stenose und der Stenosentherapie lässt sich, ohne dass ich unter letzterer durchaus lediglich meine Methode verstanden wissen will, noch weiter fassen, indem ich auf diejenigen Fälle Bezug nehmen möchte, wo bei normaler Lage und ohne nachweisbare Stenose dennoch heftige Grade von Dysmenorrhoe bestehen. Denn auch hier werden vielfach trotz genügender Durchgängigkeit der Cervix und des inneren Muttermundes für die Sonde dieselben mechanischen Ursachen für die Dysmenorrhoe vorhanden sein, wie bei der wirklichen Stenose, nur dass man die anatomische Beschaffenheit im Verhältnis zu den jeweiligen Vorgängen bei der Menstruation in Betracht ziehen muss, während es sonst genügt, auf die absolute Verminderung der Durchgängigkeit sich zu berufen. Wir werden also dieser „absoluten Stenose", wie schon bei der Anteflexio, eine „relative Stenose" gegenüber zu setzen haben. Zu letzterer werden besonders diejenigen Fälle von Endometritis gehören, bei denen nicht die Empfindlichkeit der kranken Schleimhaut schon an sich dysmenorrhoische Schmerzen verursacht, sondern solche hervorgerufen werden durch eine von der hypertrophischen Schleimhaut plötzlich ausgeschiedene Blutung, deren Menge im Verhältnis zu der sonst nicht engen, aber durch hypertrophische Schleimhautmassen zu sehr ausgefüllten oder verlegten Uterushöhle viel zu

gross ist. Schröder sagt in seinem Handbuch (8. Aufl., Seite 63): „Ist die Blutung eine sehr langsam erfolgende, so kann das allmälig in die Höhle fliessende Blut auch durch einen sehr engen Cervix so schnell entleert werden, dass es nicht zu Uteruskoliken führt. Ist aber die menstruelle Blutung eine plötzlich auftretende, profuse, so wird das schnell in grosser Menge ausgeschiedene Blut auch durch einen mässig engen Cervix nicht vollkommen abfliessen können, es wird deswegen die Uterushöhle gewaltsam ausdehnen und so eine Ursache der heftigsten Dysmenorrhoe sein können." Danach hätte der Begriff der absoluten Stenose überhaupt keine Berechtigung, da auch bei sehr enger Cervix, bezw. sehr verengtem Muttermund das menstruelle Blut, wenn seine Quantität gering ist und die Abscheidung langsam erfolgt, sowie bei guter Kontraktion der Uterusmuskulatur, ohne Weiteres den Kanal passieren wird, letzterer also in einem entsprechenden Fall nicht zu eng sein kann, auch wenn er die Sonde keineswegs hindurch lässt. Indessen sind diese Fälle garnicht in Betracht zu ziehen, da sie als solche nicht in Behandlung kommen. Dagegen bleiben doch noch diejenigen Fälle, wo bei quantitativ normaler Menstruation wegen der vorhandenen Enge Dysmenorrhoe entsteht. (Ob die Sterilität durch die Stenose an sich, d. h. ohne konsekutive Erkrankung, wie Schleimhautentzündung etc., bedingt sein kann, das ist doch noch eine offene Frage.)

Es ist desshalb praktisch gewiss berechtigt, an dem Begriff der absoluten Stenose festzuhalten, umsomehr als jede die Uterusschleimhaut treffende Entzündung, auch eine nicht durch die Stenose selbst bedingte, höchst wahrscheinlich schon da zur Dysmenorrhoe führen wird, wo unter sonst gleichen Verhältnissen bei genügender Weite des Kanals es noch nicht dazu gekommen wäre.

Was die relative Stenose durch Schleimhauthypertrophie anbelangt, so ist es ersichtlich, dass, wenn die Uterushöhle von hyperplastischen Schleimhautmassen fast ganz ausgefüllt ist, schon minimale Mengen in die Höhle ausgetretenen Blutes, das sich vielleicht durch die verknäulten, fungösen Massen erst einen Weg suchen muss, heftigste Dysmenorrhoe zu erzeugen imstande sind. Solche hochgradigen Schleimhauthyperplasien, welche infolge Verstopfung des Cavum uteri zu Dysmenorrhoen führen, können auch ohne vermehrte, ja selbst mit ganz geringen Blutungen bei der Menstruation einhergehen, wie einige Fälle von Nulliparen mir beweisen. Ob die Ursache hierfür in der allgemeinen Konstitution zu suchen ist, ob in der speziellen Beschaffenheit der kranken Schleimhaut, bezw. den Gefässen derselben, oder in anderen lokalen Zuständen, das soll hier nicht untersucht werden. Vielleicht wirken die das Cavum ausfüllenden Schleimhautmassen wie Tampons und verhindern einen reichlichen Blutaustritt selbst, indem die mit Blut strotzend angefüllten Falten aufeinander drücken. Durch diesen Druck und die pralle Anfüllung des Schleimhautgewebes mit Blut, innerhalb wie ausserhalb der Kapillaren, fände der Schmerz der Dysmenorrhoe ebenfalls eine Erklärung, und aus der Beschaffenheit des Schmerzes, ob Kontraktion, ob Druck oder Spannung, liesse sich vielleicht ein

klinisches Merkmal aufstellen, welche anatomische Form der Dysmenorrhoe zu Grunde liegt.

Die Behandlung dieser relativen Stenosen wird nun gewöhnlich eine sehr einfache sein können und hätte zunächst lediglich in der Entfernung der die Stenose bedingenden hyperplastischen Schleimhaut zu bestehen. Für Fälle jedoch, bei welchen die Schleimhauthypertrophie nach dem Curettement trotz guter Nachbehandlung leicht recidiviert, dürfte es zweckmässig sein, durch einen Substanzverlust die Höhle noch zu erweitern und den Abfluss der Sekrete zu erleichtern, womit nicht nur ein nützlicher Dauerzustand zur Vorbeugung einer künftigen Dysmenorrhoe geschaffen, sondern auch während der Behandlungszeit der Heilung gedient würde. Vermutet man die Ursache der Recidivierung in einer gleichzeitig bestehenden chronischen Oophoritis, so kann nichtsdestoweniger das Verfahren seine Anwendung finden, wenn auch dann nicht mit der Indicatio causalis, durch Verhinderung der Sekretstauung dem Recidiv vorzubeugen, sondern lediglich zur Bekämpfung des Symptoms des menstruellen Schmerzes.

Die Trachelokaustik, Stomatokaustik, Isthmokaustik[1]) gedenke ich auch anzuwenden bei Stenosen, die sich im Verlauf der Cervix vorfinden. Nach möglichster Erweiterung wird man jenseits der zu behandelnden Stelle, bis an sie heran die Gazetamponade vollziehen und ebenso diesseits das Spekulum einführen, wenn es in solchen Fällen nicht etwa genügt, nach vollzogener Dilatation eine die Stenose bewirkende Wucherung u. dergl. mit dem scharfen Löffel oder einem jeweilig geeigneten Instrument zu entfernen. Sollte die Verengerung so hochgradig sein, dass auch ein ganz dünner Laminariastift nicht hindurch kann, so würde ich versuchen, einen entsprechend kürzer geschnittenen Stift mit dem nicht beschnittenen, runden Ende voran bis zu der verengten Stelle einzuführen und durch Watte gut zu fixieren, in der Annahme, dass durch die Erweiterung des vor der Stenose gelegenen Teils auch das verengte Lumen selbst ein wenig mit ausgezogen würde, so dass es jetzt gelingen könnte, einen Stift hindurchzubringen, zumal die Stelle nun, vielleicht sogar der Kontrolle des Auges, direkt zugängig gemacht wäre. Das Weitere sowie das Verfahren bei mehreren, hintereinander gelegenen Stenosen ergiebt sich dann von selbst.

Hält man neben der Isthmokaustik auf die Discision des äusseren Muttermundes für angezeigt, so kann man beide Verfahren bequem verbinden. Man mache dann zunächst die doppelseitige Incision an der durch Laminaria erweiterten Portio. Man braucht nachher weder zu nähen noch überhaupt sich um die Blutstillung zu kümmern, da durch Einführung des möglichst weitesten Speculums das Gewebe so gedehnt wird, dass es nicht mehr blutet. Die Naht kann unterbleiben, da bei der aufgelockerten Cervix, die ohnehin noch eine Zeitlang offen gehalten wird, die Wundränder sich nicht so

[1]) Isthmokaustik hier in doppeltem Sinne anwendbar: im normal anatomischen zur Bezeichnung der Stelle des inneren Muttermundes und im pathologisch-anatomischen zur Bezeichnung des Begriffes Stenose überhaupt.

leicht aneinander legen und verkleben, vielmehr die Verheilung durch die nachfolgenden Manipulationen lange hintangehalten wird. Um so sicherer muss aber nach der ganzen Prozedur tamponiert und um so sorgfältiger auch bei allen folgenden Eingriffen die Antisepsis beobachtet werden. Besonders wasche man vor jedem derselben die äussere Schamgegend immer wieder gründlich ab. — Anstatt mehrerer seichter Einschnitte rund um den Muttermund herum empfiehlt sich je ein tiefer Einschnitt zu beiden Seiten. Es zeigte sich nämlich in einem Falle, wo ich mehrere seichte Einschnitte genau am Muttermund, der durch Laminaria erweitert war, vornahm, dass, als die Cervix wieder ihre alte Form und Konsistenz angenommen hatte, die von den Einschnitten herrührenden Einkerbungen nicht mehr direkt am Muttermund sassen, sondern etwas nach aussen von demselben an der äusseren Fläche der Portio. Es musste also bei der Eröffnung der Cervix die Gewebsschicht eine Verschiebung von aussen nach innen durch den Zug der sich kontrahierenden Uterusmuskulatur erlitten haben, welche die im Umkreise des Muttermundes gelegene Partie nach der Eröffnung an die Gegend des Muttermundes gebracht hat, die dann mit ihrem Incisionsdefekte nach der Zusammenziehung wieder in ihre alte Lage zurückkehrte. Der eigentliche Muttermund zeigte sich dadurch schliesslich nicht incidiert, während tiefere Einschnitte denselben, wie in einem anderen Fall, jedenfalls mitgetroffen hätten.

Bei allen anderen Fällen von absoluter oder relativer Stenose, bei denen die Verengung sich nicht auf eine, bezw. mehrere bestimmte, einzelne Stellen beschränkt, sondern den ganzen Verlauf des Kanals betrifft, und bei denen man sich auch von einem Substanzverlust an circumscripten Partien irgend welche Hoffnung auf einen besonderen Erfolg nicht verspricht, dürfte sich dennoch zur Einleitung jeglicher Behandlung wenigstens die Dilatation mittelst Laminaria empfehlen, sei es, dass nur eine öfter zu wiederholende Sondierung mit Dilatation angezeigt ist, welche sich in dem durch die Laminaria-Erweiterung weicher gewordenen Organ leichter und schmerzloser, sowie sicher und wohl darum erfolgreicher bewerkstelligen lässt, sei es, dass eine Aetzung oder das Curettement notwendig ist. Nicht nur, dass nach vorausgegangener gründlicher Erweiterung alle Aetzschorfe oder abgekratzte, etwa noch zurückgebliebene Partikelchen, sowie die Sekrete besser herausgeschafft werden, und dass nach ein- oder zweimaliger Aetzung mit schärferen Aetzmitteln eine öfters wiederholte Bestreichung mit milden Adstringentien während der Ausbildung der neuen Schleimhaut bequemer stattfinden kann, so steht auch fest, dass bei keiner andern Methode das Aetzmittel mit der Schleimhaut in so innige Berührung gebracht werden kann und die Aetzung so sicher erfolgt, als mit dem getränkten Wattestäbchen bei völlig ungehindertem Zugang. Desshalb möchte ich die Erweiterung, falls sie nicht aus andern Gründen kontraindiciert ist, einer jeden intrauterinen Behandlung der Endometritis vorausschicken, auch dort, wo es sich um Stenose nicht handelt.

(Schluss folgt im nächsten Heft.)

VI. Angioma myxomatodes disseminatum placentae.

Von

Prof. Dr. A. R. v. MARS
in Krakau.

(Hierzu Tafel I und II.)

Die krankhaften Geschwülste des Mutterkuchens entwickeln sich entweder in den Uteruswandungen weiter, wobei sie den Bau des Placentargewebes wiedergeben, oder entstehen im Mutterkuchen selbst und bilden darin grössere oder kleinere Knoten. Auf die ersteren lenkte man mehr die Aufmerksamkeit, da denselben ihres bösartigen Charakters wegen höhere praktische Bedeutung zukommt. Die letzteren dagegen scheinen wegen ihrer mehr gutartigen Natur, unbeachtet geblieben zu sein, da sie einerseits keine merklichen Folgen hervorriefen, anderseits auch die Mutterkuchen in der Regel nur oberflächlich besichtigt werden. Deswegen gehören die Geschwülste, welche sich nur auf den Mutterkuchen beschränken, zu den Seltenheiten. In grösseren Lehrbüchern trifft man sie kaum angedeutet und viele Autoren scheinen solche niemals gesehen zu haben. Die in der Litteratur zerstreuten Fälle sammelte E. Alin (Nordiskt med. Arkiv Bd. XXIII Nr. 4) und führt 19 Fälle an, wozu noch seine vier Beobachtungen hinzukommen. Im vorigen Jahre berichtete Bode in der Dresdener gynäkologischen Gesellschaft (Centralblatt für Gyn. 1895 S. 922) über einen Fall und citierte 18 andere aus der Litteratur. Bei dieser Gelegenheit bemerkte Leopold in der Discussion, dass er auf 7 — 8000 Mutterkuchen, die binnen 5 Jahren der speciellen Untersuchung unterzogen wurden, nur einmal eine Placentargeschwulst zu sehen bekam.

Die Mehrzahl der notierten Fälle wurde sehr kurz erwähnt, so dass wir nur die von Virchow, Storch, Alin, Bode als genau untersucht und beschrieben betrachten können. In einem Teil dieser Fälle handelte es sich um Angiome, in einem anderen um Geschwülste von andersartigem Bau. Die Anschauungen der einzelnen Autoren über den Ursprung der Angiome sind verschieden. Während ältere Autoren dieselben von der Decidua oder von den Blutgerinnseln ableiteten oder ihnen einen extraplacentaren Ursprung zusprechen, erweisen die neueren Untersuchungen, dass sie bestimmt von Chorion abstammen.

Der Fall, welcher mich in den Besitz einer Placenta mit Geschwulstbildung brachte, zeichnete sich auch durch einen interessanten Schwangerschaftsverlauf aus und ist folgender:

N. N., Erstgebärende, 24 J. alte Gattin eines Arztes, überstand während ihrer Jugend keine bemerkenswerten Krankheiten. Eltern gesund, am Leben. In der Familie keine erbliche Belastung, drei Geschwister leben und sind gesund, ein Kind ist frühzeitig an Diphtherie gestorben. Menstruation vom 16. Lebensjahre an regelmässig und normal in nicht übermässiger Menge. Die letzte Regel stellte sich den 12. Januar 1895 ein. Gleich vom Anfange der Schwangerschaft an fühlte sie sich unwohl und litt während der ganzen Schwangerschaft an

lästigem und häufig wiederkehrendem Herzklopfen, sowie an Schmerzen im Unterleib, die in die Schenkel ausstrahlten. Ihr Gatte ist gesund, war nicht syphilitisch.

Der obengenannten Beschwerden wegen consultierte mich die Patientin zum ersten Mal am 20. Juni. Die Untersuchung ergab schmächtigen Knochenbau. An den einzelnen Organen liess sich nichts Pathologisches nachweisen. Herzdämpfung sowie Herztöne normal, Puls etwas beschleunigt, leicht erregbar. Harn normal. Der Bauch ist beträchtlich vergrössert, mehr, als es der Schwangerschaftszeit entspricht. Der Fundus uteri reicht bis zur Hälfte des Abstandes zwischen dem Processus xiphoideus und dem Nabel. Der Bauchumfang in der Nabelhöhe beträgt 105 cm. Die Uteruswandungen sind sehr gespannt. Fluctuation sehr deutlich. Die Palpation ergiebt undeutlich nur über der Symphysis os. pubis einen grösseren Kindesteil, sonst sind wegen der bedeutenden Spannung der Uteruswand keine Kindesteile tastbar. Die foetalen Herztöne sind nirgends deutlich zu hören, nur an einer umschriebenen Stelle tief unten hört man von Zeit zu Zeit den Herztönen ähnliche, wie von der Ferne fortgeleitete Geräusche.

Die Durchmesser des Beckens betragen:

Diameter spinalis	20	cm
„ cristalis	25	„
Conjugata externa	17,5	„
„ diagonalis	10,5	„
„ vera	8,5	„

Die innere Untersuchung ergiebt engen Vaginaleingang, normale Scheide und ziemlich tief stehende Vaginalportion einer Primigravida. Collum supravaginale durch das Scheidengewölbe durchzufühlen. Die Abtastung der Beckenwände erweist eine Verkürzung der queren Durchmesser. Die Diagnose lautete: Graviditas sexti mensis. Hydramnios. Pelvis aequabiliter justo minor.

Nach Erteilung diätetischer Verordnung wurde die Kranke angewiesen, sich nach einigen Wochen einer zweiten Untersuchung zu unterziehen. So wurde ich abermals den 20. August, also 2 Monate nach der ersten Untersuchung, konsultiert. Patientin giebt an, dass sie bei Beachtung der vorgeschriebenen Anweisungen sich einige Wochen lang viel besser fühlte, dass aber seit mehreren Tagen ihr Gesundheitszustand sich wieder verschlimmerte, indem ihr die Schwere des Bauches, die bedeutende Spannung der Bauchdecken, die Erschwerung des Gehens und die Atmung lästig werde, auch habe sich ihr Leib in den letzten Tagen rapid vergrössert. Die Untersuchung ergiebt enorme Auftreibung des Bauches, die Bauchhaut ist als Folge der bedeutenden Spannung mit zahlreichen und ausgedehnten frischen Striae übersäet. Bauchumfang in Nabelhöhe 116 cm. Der Uterus entspricht seinem Stande nach dem Ende der Schwangerschaft.

Die Palpation ist sehr erschwert, dennoch kann man feststellen, dass der Uterus um seine Längsachse gedreht ist, so dass seine linke Seitenwand mehr die linke Bauchhälfte vorwölbt. Fluktuation am ganzen Uterus sehr deutlich. Linkerseits im Fundus ist ein grosser Kindesteil, wenn auch undeutlich, zu fühlen. Ueber der Symphyse ist kein grösserer Kindesteil zu ermitteln, rechterseits aber und unter dem Nabel sind sehr deutlich foetale Herztöne zu hören. Die schlanke Portio vaginalis ist nach hinten gewendet, das vordere Scheidengewölbe ballonartig bis zur Beckenweite herab vorgetrieben und lässt einen sehr kleinen, mit seinem grössten Umfange im Beckeneingang stehenden und ballotierenden Kopf erkennen. In Erwägung, dass die innere Untersuchung einen ganz kleinen Kopf im Beckeneingang aufwies und der zweite grosse Kindesteil im Fundus grösser erschien und zu weit vom Kopfe entfernt war, um einem und demselben Foetus zu entsprechen, kam man zu der Annahme, dass wahrscheinlich Zwillingsschwangerschaft vorliege. Auf Grund der rapiden Vergrösserung und enormen Ausdehnung des Uterus, welche die betreffende Schwangerschaftsperiode bedeutend überstieg, wurde man weiter zur Annahme genötigt, dass ein Foetus abgestorben sei und dass dessen Ableben ein Hydramnios acutum nach sich zog.

Da der Gesundheitszustand der Patientin, die subjectiven Beschwerden ausgenommen, ganz leidlich war, beschloss man, weiter abzuwarten.

Schon am 23. August begann sie sich wieder mehr unwohl zu fühlen — sie klagte über heftige Kopfschmerzen und am nächsten Tage stellte sich ein Status febrilis ein. Die Temperatur war: den 24. August, morgens 37,6, abends 39,0. Ihr Mann verabreichte ihr 1 g Chinin. Den 25. August morgens

37,6, abends 39,0, den 26. August morgens 36,8, abends 39,4. Der Gatte verordnete nochmals 1 g Chinin. Den 27. August morgens 38,8, abends 39,8. Am 27. wurde ich zur Patientin gerufen und fand ausser Rasselgeräuschen in den Lungen nichts besonderes und dies konstatierten auch die zum Konsilium geladenen Kollegen, die Internisten P. und S.

Den 28. August morgens 39.2, abends 39.8. Trockener Bronchialkatarrh, deutlich fühlbares Gurren über dem Coecum und von Zeit zu Zeit leichte Uteruskontraktionen. Die linke Supraumbilikalgegend ist durch das linke Uterushorn kuppelartig vorgewölbt. Mit jedem Tage nimmt der Bauchumfang zu. Im Urin fehlen die Chloride.

Den 29. August morgens 39,7, abends 40.2.

Status wie am vorigen Tage; man vermutete Typhus abdominalis. Den 30. August morgens 39,5.

Die Kranke klagt über häufige Wehen, ist unruhig, nimmt vornehmlich Seitenlage ein, Dyspnoe. Gegen 2 Uhr Nachmittags treten deutlichere Wehen auf, zugleich erfolgt der Blasensprung und eine ansehnliche Menge Fruchtwasser stürzt ab. Um 4 Uhr nachmittags wird ein lebender nicht ausgetragener Knabe von 38 cm Länge und 1500 g Gewicht, geboren. Der Bauch verkleinert sich beträchtlich, der Fundusstand bleibt aber fast auf gleicher Höhe, der Uterus ist noch bedeutend ausgedehnt und die kuppelartige Auftreibung des Bauches linkerseits oberhalb dem Nabel bleibt bestehen. Darauf folgt eine 20 Minuten dauernde Wehenpause, worauf im äusseren Muttermunde eine zweite, dicke Fruchtblase zum Vorschein kommt, sich zu spannen beginnt und einen grösseren Kindesteil durchfühlen lässt. In der Seitenlage wurde die Blase gesprengt, worauf über 10 Liter Fruchtwasser sich ergossen; das Fruchtwasser war rein, aber dunkler gefärbt als das vorige. Es folgt ein abgestorbener Knabe von ähnlichen Massen wie der erste, Epidermis leicht maceriert, lässt sich leicht mit dem Finger in Fetzen abschälen. Der Uterus kontrahiert sich vortrefflich; nach einer halben Stunde ist die Nachgeburt spontan abgegangen. Die Abendtemperatur am selben Tage beträgt nur 38.6. Coecalgegend noch schmerzhaft.

Der 31. August verläuft fieberlos unter Schweissausbruch. Puls verlangsamt.

Am 1. September abends Temp. 38.6.

In den nächsten Tagen erhält sich die Schmerzhaftigkeit der Coecalgegend. Weiterer Verlauf fieberlos, Wochenbett normal.

Ich muss noch hinzufügen, dass wie ich von dem Manne später erfahren habe, Patientin am Gesicht neben der Nasenwurzel ein stecknadelknopfgrosses teleangiektatisches Geschwülstchen haben soll.

Der einheitliche Zwillingsmutterkuchen (Fig. I) bildet mitsamt den Eihäuten eine Scheibe von 18 cm Durchmesser in einer und 22 cm in darauf senkrechter Richtung. In dem Diaphragma zwischen beiden Eiern finden sich zwei Chorien und zwei Amnen. Die Dicke des Mutterkuchens ist normal, er entspricht dem Entwickelungsstadium beider Früchte. Die der lebenden Frucht angehörige Placenta ist etwas grösser, die Nabelschnurinsertion central. Die der abgestorbenen Frucht angehörige Placenta ist etwas kleiner, aber dicker, die Nabelschnur findet ihre Insertion in den Eihäuten ungefähr 4 cm vom Placentarrande entfernt. Von dieser Insertionsstelle aus strahlen nach dem Mutterkuchen hin zwei von Blut strotzende Gefässe, welche unter dem Amnion einen Kreis von der Grösse eines kleinen Handtellers einschliessen (Fig. Ia). Auf den ersten Anblick schien die Placenta nichts bemerkenswertes aufzuweisen, erst bei näherer Besichtigung konnte man bemerken, dass zwischen diesen bogenförmig verlaufenden Gefässen eine flache Erhabenheit bestehe (Fig. Ib). Die Palpation gab an dieser Stelle eine viel festere Konsistenz, als anderswo am Mutterkuchen. Diese flache Erhebung erweist sich auf dem Durchschnitte als eine Geschwulst von fester Konsistenz und alveolärem Bau mit dunkel kirschroter Färbung, lässt sich leicht ausschälen und hat nur platter die Grösse einer Wallnuss. Die Struktur der Nachbarschaft scheint normal zu sein. Beim Durchschneiden der Placenta mittels paralleler Schnitte fand man in beiden Teilen des Mutterkuchens noch kleinere Geschwülste von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der einer Haselnuss, teils unter dem Amnion (Fig. Ic), teils unter der äusseren Placentaroberfläche, teils im Inneren des Mutterkuchens gelegen.

Das Präparat wurde zur weiteren Untersuchung in 1 pCt. Formalin aufbewahrt. Die Mikrotomschnitte der grössten Geschwulst wurden mit Haematoxylin und Eosin gefärbt und zeigen die Struktur eines Angiom's (Fig. II). Die Gefässe haben sehr zarte Wandungen, liegen knapp an einander und an vielen Stellen besteht zwischen ihnen nur eine einfache zarte Grenzschicht. Die Gefässlumina sind mit Blutkörperchen angefüllt. In den Randpartieen der Geschwulst sind die intervasculären Septa dicker und enthalten mehr Bindegewebsfasern. Die Zellen haben die Gestalt der Myxomzellen. Die ganze Geschwulst ist fast ununterbrochen von abgestorbenen Zotten, die durch eine strukturlose Masse verbunden sind, umrandet. Sie nehmen fast keine Farbe an, nur hier und da sieht man einen gefärbten Zottenkern und nur stellenweise findet man ein Restchen des charakteristischen Zottenepithels. Die Gestalt und Gruppierung der eben erwähnten, färbbaren Restchen des Zottenepithels beweisen hinlänglich, dass wir es mit den Durchschnitten abgestorbener Zotten zu thun haben. In dieser Schicht, welche die Geschwulst umgiebt, konnte man Stellen auffinden, wo eine normal aussehende, nicht abgestorbene Zotte unmittelbar in die Geschwulstmasse überging und mit ihr ein Ganzes bildete. Die kleineren Neugebilde zeigen in Schnitten denselben Bau. An Mikrotomschnitten aus der Umgebung jener Geschwülste, welche makroskopisch auf Durchschnitten das Aussehen normalen Placentargewebes zeigten, findet man zwischen normal gebauten Zotten auch dünnere, noch häufiger dickere von unregelmässigem Bau. Das deutliche Syncytium und die Langhans'sche Schicht beweisen zur Genüge, dass Zottendurchschnitte vorliegen, aber die innere Struktur zeigt ein Uebermass strotzender mit Blut gefüllter Gefässe (Fig. III). An anderen Zotten wieder sehen wir im Stroma eine Anschoppung mit kleinen Granulationszellen.

Durch Vergleich der Schnitte untereinander gelangt man zur Ueberzeugung, dass die oben beschriebene Hauptgeschwulst einen Knäuel von zusammengeklebten, angiomartig degenerierten Zotten darstellt sowie dass die Zotten an ihrer Oberfläche nur durch eine strukturlose Lage überkleidet werden, welche durch entzündliche Vorgänge aus dem Syncytium und der Langhans'schen Zellschicht entstanden ist. Dass entzündliche Vorgänge hier eine Rolle gespielt haben, beweist der Umstand, dass wir in der Umgebung der Geschwülste überall eine Zone finden, die sicher von abgestorbenen Zotten abstammt und durch eine strukturlose, ihrem Ursprunge nach entzündliche Masse zusammengekittet wurde; nebenbei finden wir an zerstreuten Zotten und auch in der Hauptgeschwulst auch Granulationgewebe. Die entzündlichen Vorgänge wieder sind unzweifelhaft sekundärer Natur, denn wir sehen sie nur in der Geschwulst und in Zotten, welche deutliche Verdickung aufweisen; wir bemerken sie aber nicht in Zotten, deren Volumen normal ist, obschon das Stroma eine Vermehrung der Gefässe aufweist. Aus diesen Bildern folgt also, dass die angiomatöse Veränderung in den Zotten entstand und auf sie beschränkt, also foetaler Abkunft ist, sowie dass die entzündlichen Veränderungen sekundärer Natur sind. In Anbetracht, dass wir in der ganzen Zwillingsplacenta zerstreute Geschwülste von derselben angiomatösen Natur wie die Haugtgeschwulst vorfanden, dass wir in der ganzen Placenta, d. i. in Teilen, die makroskopisch normal erschienen, zahlreiche einzelne Zotten antrafen, welche die Anfänge der beschriebenen Veränderungen darboten, können wir nicht von einer umschriebenen Neubildung sprechen, sondern müssen den Fall als einen solchen von ausgedehnten, zerstreuten angiomatösen Veränderungen der ganzen Placenta, beziehungsweise des Chorion auffassen.

Zum Schluss fühle ich mich verpflichtet, Herrn Dr. Alin in Stockholm meinen herzlichsten Dank auszusprechen für sein freundliches Entgegenkommen, da er mir nicht nur seine diesbezüglichen Abhandlungen, sondern auch prächtige mikroskopische Präparate übersandte, die mir ein angenehmes Andenken verbleiben werden.—

VII. 36 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten.

Ein casuistischer Beitrag

im Anschluss an den Aufsatz des Herrn Dr. Zweigbaum

von

FR. L. NEUGEBAUER.

(Warschau.)

Die Frage nach der Herkunft, Bedeutung und Therapie der Vaginalcysten ist erst kürzlich, im Januarheft dieser Zeitschrift, von Herrn Kollegen Zweigbaum erörtert worden. Es sei mir gestattet, die bisherige Kasuistik durch eine Reihe eigener Beobachtungen zu ergänzen, welche direkt beweist, dass die Vaginalcysten lange nicht so seltene Vorkommnisse sind, als die Handbücher der Gynäkologie, ja selbst Spezialaufsätze bisher angaben. Meine 36 Beobachtungen erstrecken sich auf ein Material von circa 2000 in Warschau von mir im Laufe der Jahre 1884 bis Juli 1896 untersuchten und behandelten Frauen, es kommt also eine Beobachtung ungefähr auf 600 Frauen. Da aber die Erkenntnis einer Vaginalcyste meistens ein diagnostischer Nebenbefund ist, da andererseits solche Cysten, namentlich kleine, oft übersehen werden, da endlich anzunehmen ist, dass Vaginalcysten ebenso oft bei Frauen sich finden, die, sich nicht krank fühlend, überhaupt nicht zur ärztlichen Untersuchung gelangen, wie bei gynäkologisch kranken Frauen, so darf man mit Recht schliessen, dass das Frequenzverhältnis der Vaginalcysten ein noch grösseres ist als 1 auf 555 Frauen.

Meine eigenen Beobachtungen sind folgende:

1. 12. VIII. 1884. Albirt Gold, 22jähr., II-para, seit 2 Jahren verheiratet. Taubeneigrosse Cyste der hinteren Scheidenwand mit fadenziehendem, schleimig-glasigem, durchsichtigem Inhalte, wahrscheinlich Retensionscyste. Resection nach Schroeder und Tamponade nach Nahtumsäumung des Wundrandes.

2. 16. XI. 1884. Josepha Lada, 47jähr., $13^1/_2$ Jahr verheiratet, I-par. Kirschgrosse gestielte Cyste der vorderen Scheidenwand $2^1/_2$ cm oberhalb der Harnröhrenmündung rechterseits. Resektion nach Schroeder.

3. 12. V. 1885. Florentine Kilian, 31jähr., seit 10 Jahren steril verheiratete Frau. Bis jetzt ist infolge der störenden Gegenwart einer Scheidencyste noch niemals eine richtige Immissio penis zustande gekommen. Die Frau suchte Hilfe gegen Dyspareunie und Sterilität. Grosse Cyste der vorderen Scheidenwand im unteren Teile der Scheide schrägverlaufend. Resektion nach Kranzeinschnitten, gelbliche colloide Flüssigkeit. Dyspareunie beseitigt, ob

auch die Sterilität? Wahrscheinlich Cyste eines Gartner'schen Ganges — (vas deferens per analogiam).

4. 23. XII. 1887. Jez. . . . A., 43 jähr., 25 Jahre verheiratet, VIII-para, hat stets glatt geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Vor 7 Wochen hat ein Kollege eine Scheidencyste punktiert, aber vergeblich, die Cyste ist wieder da in der vorderen Scheidenwand und hat sich in einen Abscess verwandelt, der in der Folge in die Harnröhre durchbrach, so dass die Cyste auch mit der Urethra kommunicierte, sich nach der Urethra zu ausdrücken lässt. Ich schnitt die Cyste ein, schabte die Wände mit scharfem Löffel ab und kanterisierte sie dann, Tamponade, Verödung ohne Harnfistelbildung. Die Cyste war pflaumengross, und sass in der Mittellinie der vorderen Scheidenwand.[1])

5. 8. I. 1887. Ryfka Mokrzynska, 20 jähr., seit 1 Jahr steril, verheiratet. Gänseeigrosse Cyste der vorderen Scheidenwand aus dem Scheidenlumen hervorragend. Trotzdem und trotz des Gatten Hymen intactus. Bis jetzt ein immissio penis niemals gelungen, Dyspareunie, es giebt jedesmal Krieg zwischen den Gatten. Fluktuierende Cyste, vorn bläulich durchscheinend. Resektion nach Schroeder, Umsäumung mit 8 Seidenknopfnähten, Jodoformstreuung, Tampon. Die Basis der Cyste reichte bis dicht an den Hymen, — ich würde in Verlegenheit geraten zu entscheiden, ob die Cyste rechterseits oder linkerseits von der Mittellinie ihren Ursprung hatte, d. h. sie lag gegenwärtig in der Mittellinie.

6. 5. XI. 1888. Malka Isser, 35 jähr., vom 19.—24., dann vom 25. Jahre an verheiratet, hat nur ein Kind vor 8 Jahren geboren. Kirschkerngrosse Cyste rechterseits dicht unterhalb des seitlichen Scheidengewölbes gelegen — wahrscheinlich einem Gartner'schen Gange angehörig.

7. 14. VI. 1888. Marianne Witczyk, 44 jähr., 19 Jahre verheiratete VIII-para, kam in die Klinik wegen vermeintlichem Prolapsus uteri, — grosse im Scheideneingange stehende Cyste der hinteren Scheidenwand. Resektion nach Schroeder.

8. 20. VIII. 1887. Perla Goldberg, 24 jähr., 2 Jahre steril verheiratet. Fluktuierende kirschgrosse Cyste der vorderen Scheidenwand bis dicht oberhalb des Scheideneinganges mit ihrer Basis reichend, rechts von der Mittellinie gelegen. Resektion nach Schroeder. Cyste wahrscheinlich aus dem Gartner'schen Gange hervorgegangen.

9. 29. III. 1888. Anna Wieczorkowska, 30 jähr., 12 Jahre verheiratet, I-para. Nicht ganz kirschgrosse Cyste der vorderen Scheidenwand $1^1/_2$ cm oberhalb der Harnröhrenöffnung gelegen, mehr rechterseits. Resektion nach Schroeder mit Umsäumung. Wahrscheinlich aus einem Gartner'schen Gange entstanden.

10. 25. VIII. 1889. Kazimiera Ocos, 24 jähr., 7 Jahre steril verheiratet. Kirschgrosse Cyste in der rechten Seite der vorderen Vaginalwand belegen, dicht unterhalb des Scheidengewölbes nahe der Vaginalportion des Uterus. Schleimiger, fadenziehender grauweisslicher Inhalt bei Resektion, keine Nahtumsäumung und Tamponade (Cystis Gartneriana).

11. 19. II. 1888. Bajla Kaplan, 22 jähr., 6 Jahre verheiratete II-para. Kirschgrosse Cyste in der vorderen Vaginalwand rechterseits im Scheidengewölbe

---

[1]) Vgl. Chéron: „Kyste du vagin, ouvert dans l'urèthre; calcul développé dans cette cavité" (Gaz. d. hopit. 1887. 30. IV.) Es hatte sich nach Platzen der vereiterten Cyste gegen die Harnröhre hin eine Art Harnröhrendiverticulum und ein Stein darin gebildet. Ch. dilatierte die Urethra, durchschnitt galvanokaustisch die hintere Divertikelwand und entfernte dann den Stein.

Augagneur: „Observations d'abscès sous-uréthraux chez la femme." Province médicale, Lyon 1894, VIII, p. 155—157.

Duchamp: „Abscès sous-uréthral chez une femme enceinte. Loire médicale St. Étienne. 1894. XIII, p. 151—161.

Calavassy: Des abscès du septum urétrovaginal. Thèse de Lyon 1895.

Roncaglia: „Delle cisti dell' uretra e dei canali uretrali nella donna." — Annali di Ost. e Gin., 1895, p. 231.

Die Genese dieser Cyste ist für mich vollständig dunkel trotz aller bekannten Hypothesen.

selbst dicht an der Cervix uteri gelegen. Resektion nach Schroeder. Tamponade. Cystis Gartneriana).

12. 21. IX. 1889. Marie Balejko, 46 jähr. Frau. Ueber gänseeigrosse gestielte Cyste der vorderen Scheidenwand, zur Schamspalte heraushängend. Amputation im Stiel.

13. 21. IX. 1889. Marianne Madańska, 31 jähr., 6 Jahre verheiratete I-para. 3 Cysten im hinteren Scheidengewölbe, durchschnittlich 8—10 mm im breitesten Durchschnitt, Cysten neben einander gelegen. (Klebs'sche Lymphcysten?)

14. 19. IX. 1889. Apolonja Wolska, 59 jähr., vom 37. bis 51. Jahre steril verheiratet. Bald nach der Hochzeit trat aus der Schamspalte eine Geschwulst hervor, es war dies eine Scheidencyste, welche 10 Jahre lang bis zum 49. Jahre sich allmälig vergrösserte, dann aber im Wachstum stillstand. Der Tumor war bei der Untersuchung gänseeigross und ragte aus der Vulva heraus, ähnlich einer Proctocele oder Cystocele vaginalis. Die Cyste fusste auf der Scheidenwand mit 1 Zoll dickem Stiel, der mit Koeberlé's Constricteur abgequetscht wurde, einige Seidennäthe wegen Blutung aus dem Stiel. Keine Immissio penis möglich gewesen, Dyspareunie, Sterilität. Die Cyste ging von der vorderen Scheidenwand aus und war allmälig nach aussen geboren worden. Ob die Cyste der rechten oder linken Hälfte der vorderen Scheidenwand angehörte, liess sich jetzt nicht mehr entscheiden, wahrscheinlich handelte es sich um eine Cystis Gartneriana. Auffallend war besonders die Dicke des Stieles, ohne dass etwa ein Blasen- oder Harnröhren-Divortikel entstanden war.

15. 10. III. 1891. Sophie Kończańczyk, 24 j., 2 Jahre verheiratete I-para. Pflaumengrosse Cyste in der rechten Hälfte der vorderen Scheidenwand, bis $2^1/_2$ cm oberhalb des Orificium urethrae herabreichend. Resektion nach Schroeder. Trotz breiter Basis hing doch die Cyste im Scheideneingang wegen wenig praller Füllung, die Cyste war schlaff, wie es in den meisten Fällen zu sein pflegt, also nicht ad maximum prall gefüllt und trotzdem bläulich durchscheinend. Wie in den meisten Fällen, war die Cystenwand nicht gleichmässig dick, sondern nur vorn an dem tiefstbelegenen Punkte bläulich durchscheinend, weiter lateralwärts sogar von faltiger Scheidenschleimhaut bedeckt, während auf der Höhe der convexen Kuppel die Falten der Scheidenschleimhaut längst verstrichen sind und die rosenrote Farbe der bläulich durchscheinenden Platz gemacht hat.

16. 21. VI. 1893. Anna Lewicka, 28 j., 4 Jahre verheiratete II-para, jetzt seit 6 Wochen schwanger. Cyste an der vorderen Scheidenwand, linkerseits im Scheidengewölbe, dicht am Collum uteri. Ich sah keinen Grund, während der Schwangerschaft hier operativ einzugreifen, umsomehr, als die Frau von einem Eingriff nichts wissen wollte. (No. 8204, 1893.)

17. 16. VII. 1894. Rzep. . . . 23 j. I-para. Pflaumengrosse Cyste der vorderen Scheidenwand ambulatorisch nach Schroeder reseciert.

18. 1. II. 1894: Schielke, 62 j., vom 23. Jahre an verheiratet, V-para. Halbgänseeigrosse Gartner'sche Cyste der vorderen Vaginalwand, von meinem Assistenten Dr. Reutt in meiner Klinik in toto exstirpiert mit linearer Vernarbung der Wunde. Weissliche colloide Flüssigkeit in der Cyste, keine Divertikel in der Cystenhöhle, gleichwohl aber wies die Höhle nach oben zu eine trichterförmige Verengerung auf, wie ich dies bei grösseren Vaginalcysten schon sehr oft bemerkt habe. Im Juli 1894 wurde an derselben Patientin von meinem Assistenten Kraków wegen Carcinoma cervicis der Uterus vaginal exstirpiert. Ein Recidiv ist binnen 2 Jahren nicht erfolgt, aber die Kranke hat trotz Narbe nach der Uterusexstirpation und Narbe nach der Cystenexstirpation einen Scheidenvorfall, komplete Scheideninversion wie vorher, sodass man auf den ersten Blick an einen Prolapsus uteri completus denken würde.

19. 6. VII. 1894. Gitla Szot, 30 j., 5 Jahre steril verheiratete Frau, kommt propter dyspareuniam et sterilitatem. Kirschgrosse, bläulich durchscheinende Cyste rechterseits im hinteren Scheidengewölbe, nicht prall gefüllt.

20. 19. XII. 1894. Chaja Goldsamt, 28 j., IV-para. Pflaumengrosse Cyste der vorderen Scheidenwand, rechterseits von aussen oben nach unten innen gelegen ihrem grössten Durchmesser nach, Cystenwand nicht sehr gespannt wegen nicht praller Füllung, der Inhalt chokoladenfarben und Blut. Ausserdem eine zweite kleinere Cyste im linken Scheidengewölbe, auch dem Längendurchmesser nach schräg verlaufend. Diese mit weisslicher, schleimiger Flüssigkeit

gefüllte Cyste reichte bis oberhalb der Vaginalportion in das Parametrium hinauf. Resection beider Cysten nach Schroeder. Beide Cysten als Residuen der Gartner'schen Gänge entstanden anzusehen.

21. 15. IX. 1894. Gr. M., 27 j., seit 6 Monaten steril verheiratete Frau: 3 Scheidencysten. Die grösste 6—7 cm lang strotzt im Scheideneingange und täuscht beim Anblick eine Cystocele vor. Der Längendurchmesser dieser Cyste der vorderen Scheidenwand verläuft von aussen oben nach innen unten in der rechten Hälfte der Scheide. Inhalt schleimige Flüssigkeit mit Blutbeimischungen — wahrscheinlich Blutung sub cohabitatione in die Cyste hinein — Cylinderepithelauskleidung durch Professor Przewoski erhärtet. Ausser dieser grösseren Cyste noch 2 kleinere höher oben, in einer Linie hintereinander liegend. Alle drei wahrscheinlich Gartner'sche Cysten. 2 wurden nach Schröder reseciert mit Umsäumung, die dritte nur aufgeschnittene fand ich November 1895 recidiviert und grösser geworden. Die Sterilität scheint vom Gatten abhängig zu sein.

22. 22. IX. 1894, E. Wop., 29 j. Kirschgrosse Cyste der vorderen Scheidenwand dicht hinter dem Hymenalrande belegen in der Columma rugarum anterior. Die Cyste habe ich in toto exstirpiert und die Wunde lineär vernäht. Schleimiger Inhalt mit Blutbeimischung — wohl sub cohabitatione. Wahrscheinlich Retentionscyste (?)

23. 29. XII. 1894. Ita Ar. 32jähr., 15 Jahre verheiratete IV-para; 9 Jahre steril, dann Typhus und ein Jahr nach dem Typhus zum ersten Male schwanger. Jetzt wieder 21 Wochen schwanger. Halbgänseeigrosse Cyste der vorderen Scheidenwand, Längendurchmesser von oben aussen nach unten innen verlaufend, die Cyste nach oben zu trichterförmig ausgezogen. Die Cyste gehört der rechten Hälfte der Scheide an. Untersucht man die Frau in Steissrückenlage, so steht die Cyste im Scheideneingange und macht den Eindruck, als ob sie der Mittellinie angehören; ganz anders ist das Bild in Knieellenbogenlage, wo sofort die laterale Lage ins Auge fällt. Behufs topographischer Bestimmung der Cysten der vorderen Scheidenwand rate ich unbedingt stets die Knieellenbogenlage an und operiere alle Cysten der vorderen Scheidenwand in dieser Einstellung mit L. Neugebauer's dreiarmigem Scheidenhalter oder Sims's Halbrinne. Die Cyste war von weinhefefarbener dicker Schleimhaut bedeckt, propter graviditatem liess ich diese Cyste vorläufig unoperiert, da sie ja, wie die Erfahrung hier gezeigt hatte, sub partu keine Störung bisher veranlasst hatte. Gartner'sche Cyste.

24. 13. VII. 1895, Bronislawa Gaj., 29 j., vom 16. bis 26. Jahre verheiratete V-para. 3 Scheidencysten in einer Linie hinter einander belegen in der linken Hälfte der vorderen Scheidenwand. Diese Linie verläuft von aussen oben nach unten innen gegen die Harnröhrenmündung zu. Sämtliche 3 Gartnersche Cysten in toto enucleiert.

25. 7. IX. 1895, Wanda La., 30 j. 10 Jahre verheiratete V-para. 4 ausgetragene Schwangerschaften mit spontan beendigter Geburt, vor 2 Wochen ein 2monatlicher Abort. Kirschgrosse bläulich durchscheinende Cyste im rechten Scheidengewölbe dicht an der Vaginalportion belegen. Nicht operiert, da die Kranke, in der Ambulanz untersucht, nicht wiederkam.

26. 11. IX. 1895. Gütla Rotszild, 34 jähr., 10 Jahre verheiratete VII-para. 3 Scheidencysten. 1 gänseeigrosse Cyste rechterseits in der vorderen Scheidenwand, nicht prall gefüllt; die Cystenwand verdünnt, durchscheinend auf der Kuppel der Cyste, und die Falten der Scheidenschleimhaut weiter von einander abstehend als lateralwärts, Ektasie der Gefässe auf der Cystenwand, Druckatrophie des Schleimhautüberzuges. Der Längsdurchmesser der Cyste verläuft schräg von aussen oben nach unten innen. Resektion nach Schroeder; schleimiger, fadenziehender, gelblich-weisser Inhalt. Cystenhöhle nach oben zu in einen trichterförmig sich verengenden Hals ausgezogen, wo die Fingerkuppe nicht funditus eindringen kann. Eine zweite kleine Cyste im rechten Scheidengewölbe dicht an der Vaginalportion, eine dritte kleine im linken Scheidengewölbe; letztere bestand, wie sich sub operatione ergab, aus zwei kleinen, innig miteinander verlöteten, aber nicht mit einander kommunicierenden Hohlräumen und hatte straffere Wände als die grössere Cyste. (Gestalt wie Rosenkranzkugeln neben einander.) Resektion sämtlicher Cysten, die ich als Gartner'sche auffasste. Auskleidung und Cylinderepithel nach mikroskopischer Untersuchung durch Herrn Dr. Steinhaus.

27. 23. IX. 1895. Marianne Wójcicka, 32jähr., III-para. Kirschgrosse Scheidencyste im hinteren Scheidengewölbe, seitlich rechts und dicht an

der Vaginalportion, Inhalt blutig-schleimig wie die Farbe zeigte. Patientin sollte behufs Resektion sich melden, ist aber noch nicht wiedererschienen.

28. 3. I. 1896. Sophie Jabr, 26jähr. ledige I-para kam in die Klinik wegen Dysurie und Pollakisurie: Cystitis, ausserdem ein interessanter Befund an der Scheide. Erstens rechterseits eine halbhühnereigrosse fluktuierende Cyste in der vorderen Scheidenwand, die Basis der Cyste bis 1 cm unterhalb der Vaginalportion herauf und 2 cm oberhalb des Hymen herabreichend, der Längsdurchmesser der Cyste verläuft schräg von aussen oben nach unten innen. Auf der Kuppel der Cyste ist die Scheidenschleimhaut bedeutend verdünnt, die Schleimhautfalten sind aneinandergedrängt, hier die Cystenwand durchscheinend, weiter lateralwärts nicht. Enucleation der Cyste in toto durch meinen Assistenten Kraków mit ziemlich reichlicher Blutung aus der Tiefe, da die Cyste, wie sich bei der Exstirpation zeigte, ziemlich hoch in das Scheidengewölbe heraufreichte mit einem trichterförmig verengten Abschnitt. Die Cyste wurde von Frl. Dr. Zelińska mikroskopisch untersucht. Die Wunde wurde bis auf die Kuppel des Wundsackes lineär vernäht. Interessant war Folgendes: auf der linken Seite der vorderen Scheidenwand eine fingerkuppengrosse Grube; die in diese scheinbare Crypta eingeführte Sonde gelangt weiter oben wieder in den Scheidenkanal. Spannt man die Scheidenwand an, so findet sich oberhalb eine zweite Cyste, die offenbar mit der unteren zusammen früher eine gemeinsame Höhle bildete. Man könnte hier an rudimentäre Duplicität der Scheide denken, jedoch halte ich es für wahrscheinlich, dass hier eine Gartner'sche Scheidencyste (langgestielte) vorlag, wie rechts und dass diese Cyste sub partu geplatzt sein mag an 2 Stellen, daher jetzt die beiden Cysten. Dafür spricht auch der Umstand, dass die Auskleidung beider Cysten eine glatte faltenlose ist im Gegensatz zu der Scheidenschleimhaut und dass hier und da narbige Partien vorhanden siud.

Diesen 28 Beobachtungen von intakten Scheidencysten seien noch 4 weitere beigefügt, in denen es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um spontan geplatzte Scheidencysten handelt, die sich gegenwärtig als eine Art Krypten zeigen.

29. 29. X. 1885. Henriette Gladek, 30jähr., 12 Jahre verheiratete IX-para. Auf der rechten Seite der hinteren Scheidenwand eine die Fingerkuppe in der Richtung nach oben und aussen zu einlassende Tasche, deren Auskleidung der Schleimhautfaltung entbehrt und vollstandig glatt und eben ist.

30. 22. XII. 1887. Chaja Trójk, 26jähr., 8 Jahre verheiratete II-para, gleicher Befund in der hinteren Scheidenwand und zwar in mittlerer Höhe.

31. 5. IV. 1888. Marianne Pastrzak, 19jähr. Mädchen. Tiefe glattwandige Krypte $2^1/_2$ cm oberhalb der Urethralmündung linkerseits an der vorderen Scheidenwand belegen.

32. 19. III. 1891. Emilie Sw. . . . ., 36j. IV-p. Glattwandige Krypte rechterseits in der hinteren Scheidenwand, welche von einer geplatzten Scheidencyste abzustammen scheint.

33. Lisker Buchla, 3. VII. 1889, 22jähr., seit drei Jahren steril verheiratete Frau. Doppelt erbengrosse Cystis vaginae infraurethralis lateralis.

34. Gut Ryfka, 17. III. 1896, 33jähr., seit dreizehn Jahren steril verheiratete Frau, Hypoplasia uteri, Cystis infraurethralis vaginae, Resection, schleimig blutiger Inhalt der kirschgrossen Cyste.

35. Leb. O., 2. VII. 1896. Linksseitige Gartner'sche Scheidencyste von der Grösse einer welschen Nuss mit durchscheinender Wand und Fluctuation im Scheidengewölbe bis in das Parametrium heraufreichend. indem sich der Hohlraum der Cyste nach oben zu trichterförmig verengt und oben blind abschliesst. Ambulatorische Resection und Nahtumsäumung. Inhalt eitrig. 9 Monate zuvor hatte ein Kollege die Cyste punktiert, seit jener Zeit wurde die Dame von ständigem eitrigen Ausfluss belästigt, weshalb sie jetzt sich bei mir gemeldet.

36. Schoengart S., 23. IV. 1896, 36jähr. VII-para. Nicht ganz haselnussgrosse paraurethral gelegene Scheidencyste ambulatorisch reseciert.

Im Anschluss an diese 36 eignen Beobachtungen erwähne ich kurz noch 6 Fälle von Scheidencysten, die von meinem verstorbenen Vater in seiner Klinik operiert wurden laut Journal:

37. Kristine Stiebel, 14. XI. 1870, 25jähr. II-para. Oberhalb des Scheideneinganges zwei Scheidencysten und zwar eine linkerseits an der vorderen Scheidenwand und eine zweite rechterseits an der hinteren (?) Scheidenwand. Resection der Cystenconvexitäten.

38. Marie Faustmann, 25. VII. 1876, 20jähr. II-para. Haselnussgrosse Cyste der vorderen Scheidenwand mit blutig-serösem Inhalt aus dem Scheidenlumen ein wenig hervorragend. Resection.

39. Marianna Krajewska, 3. V. 1877, 24jähr. II-para. Zwei Cysten der vorderen Scheidenwand reseciert.

40. Wanda Makowska, 8. V. 1878, 30jähr. II-para. Resection einer grossen Cyste der vorderen Scheidenwand.

41. Agathe Baluk, 6. V. 1881, 31jähr. V-para. Resection einer etwas über haselnussgrossen Cyste der vorderen Scheidenwand.

42. Katharina Unruh, 5. VI. 1887, 28jähr. II-para. Resection einer haselnussgrossen Cyste im oberen Teile der vorderen Scheidenwand.

Die Mehrzahl der hier aufgezählten Scheidencysten gehört dem Gebiet der pseudohermaphroditischen Bildungen an, insofern es sich um cystische Ektasien der Rudimente der Malpighi-Wolff-Gartnerschen Gänge handelt, wenigstens hat diese Aetiologie das Meiste für sich für alle diejenigen Cysten, deren Lagerung den Wolff'schen Gängen entspricht. Es sind abgesackte Divertikel der Reste derjenigen Bildungen, welche beim Manne die Vasa deferentia bilden. Die übrigen Fälle lassen sich zwanglos als Retentionscysten deuten nach der Auffassung von v. Preuschen mit Ausschluss der infraurethralen Cysten, welche genetisch einen verschiedenen Ursprung haben. Einen Fall, der sich auf rudimentäre Duplicität der Vagina beziehen (Freund) liesse, habe ich bisher nicht gesehen. In diagnostischer Beziehung sehe ich mich berechtigt, grossen Wert auf die Untersuchung in Knieellenbogenlage zu legen, sobald es sich um Cysten der vorderen Scheidenwand handelt, weil diese Lagerung der Kranken sofort die Lagerung der Cyste aufklärt, während man bei Untersuchung in der Steissrückenlage sich sehr leicht in der Bestimmung der Lagerung der Cyste täuscht. Kleine Cysten beanspruchen keinerlei therapeutischen Eingriff, höchstens als prophylaktische Massnahme ist ein solcher zu rechtfertigen. Bezüglich der Methode der Operation verdient das Schroeder'sche Verfahren der Kuppelresektion mit oder ohne Nahtumsäumung (je nach Gefässreichtum) den Vorzug vor der Radikaloperation — einfach der Einfachheit wegen — namentlich wo die Cyste sehr hoch hinaufrückt, eventuell in das Parametrium hineinreicht oder gar mit einer Parovarialcyste communiciert, wo dann die eine Cyste anschwillt, wenn man die andere zusammendrückt. (Siehe die Fälle von Watt, Armand Routh (London 1894: „On cases of associated parovarian and vaginal cysts formed from a distented Gartner's duct") u. andere). Die einfache Kuppelresektion genügt für die Verödung der Cyste vollkommen. Ich habe sämtliche bisher vorgeschlagenen Methoden angewandt mit Ausnahme derjenigen von H. M. Milton („Persistent Gartner's ducts treated in one case by diversion of opening from vagina to bladder." Lancet, London 1893, II, p. 924), finde aber die Schroeder'sche am empfehlenswertesten.

Bezüglich der Belästigung der Kranken durch eine Scheidencyste gebe ich zu, dass dieselbe meist, namentlich bei kleinen Cysten, gleich Null ist, ich habe aber auch Fälle gesehen, wo direkte Beschwerden aus der Gegenwart der Scheidencyste erwuchsen: Dyspareunie, ja Unmöglichkeit der Immissio penis und infolgedessen Sterilität (siehe Fall 3 und 5). Es wird also richtig sein, grössere Cysten stets chirurgisch anzugreifen

und, will man prophylaktisch handeln, auch kleinere. Die Cysten scheinen, mit zunehmendem Füllungsgrade als Wachstum, einer gewissen Wanderung nach unten zu unterliegen; oft werden sie, sobald sie den Scheideneingang erreicht haben, plötzlich oder allmälig herausgepresst, nach aussen geboren wie ein Polyp; in solchen Fällen erscheint die Cyste zuweilen gestielt, wie in meinem Falle 14, auch 7 und 15; in anderen Fällen platzt die Cyste sub partu oder coitu und verödet bei grossem Einriss spontan, man findet dann Residua in Gestalt fingerkuppengrosser, glattwandiger Höhlen, Krypten, Taschen in der Scheidenwand, die bis 3 cm tief die Sonde einlassen und gewöhnlich nach oben zu trichterförmig verengt erscheinen: ein Blindsack nur ist von der geplatzten Cyste übrig geblieben; zuweilen sieht man mehrere bei derselben Frau: ich sah dreimal einen von einer geplatzten Cyste, wie mir scheint, herstammenden Blindsack in der Scheidenwand an der hinteren und zweimal an der vorderen Scheidenwand (siehe Fälle 28, 29, 30, 31, 32).

Scheidencysten accidentellen Ursprunges, durch Trauma, Blutung sub coitu oder partu, nach Paravaginitis dissecans, Entleerung von Abscessen, ebenso wie die sogenannten Hygromata vaginae, habe ich bisher nicht gesehen, ebensowenig Steinbildung in einer Vaginalcyste, wie Chéron eine beschrieb, ebensowenig sah ich das Zustandekommen von Scheidencysten auf dem Wege der Abkapselung durch Verwachsung benachbarter Schleimhautfalten, Cysten aus Ektasien der Lymphgefässe hervorgegangen etc.

Auf meine 36 Beobachtungen kommen 35 Frauen und 1 Mädchen. Von 3 Frauen ist nicht angegeben, ob sie geboren haben oder nicht, auf die übrigen 31 kommen 10 steril verheiratete. Weit entfernt, in jedem Falle die Sterilität auf die Gegenwart einer Scheidencyste zu beziehen, muss ich doch behaupten, dass Scheidencysten Sterilität bedingen können und führe als Beweis Fall 3, 5 und 14 an. Eine recidivierende Scheidencyste sah ich bisher nur einmal — da die Cyste sehr klein war, hatte ich mich mit Eröffnung derselben begnügt, die Oeffnung verwuchs ebenso, wie dies bei einfacher Schnitteröffnung einer Ranula oft der Fall zu sein pflegt. Obgleich mir die Litteratur der Scheidencysten nicht fremd ist, kenne ich doch keinen Fall, wo eine Scheidencyste eine Komplikation sub partu abgegeben hätte oder Sitz einer bösartigen Neubildung gewesen wäre.

Ich gehe hier, um nicht Bekanntes zu wiederholen, nicht ein auf eine Diskussion der heutigen Ansichten über die Genese und Aetiologie der Vaginalcysten, sowie auf die mikroskopischen Untersuchungen, da dieses Thema ja erst kürzlich in dieser Zeitschrift von Herrn Zweigbaum besprochen wurde, sondern teile nur meine Kasuistik im Anschluss an vorgenannte Arbeit mit, um zu beweisen, dass die Frequenz der Vaginalcysten eine ganz erhebliche sein muss; habe ich doch allein im September 1895 nicht weniger als 3 Fälle dieser hermaphroditischen Bildung bei Frauen gesehen, wenn es erlaubt ist, die auf der vorderen Scheidenwand lateral belegenen Scheidencysten als Ektasien persistenter Wolff'scher Gänge — vasa deferentia — anzusehen.

Endlich möchte ich mich auf Grund der Beobachtung von Fall 35 strikt gegen jede nutzlose Punktion einer Scheidencyste aussprechen. Im gegebenen Falle war vor 9 Monaten andererseits eine Punktion der Cyste ausgeführt worden, die zu einer 9 monatlichen Eiterung mit beständigem Ausfluss geführt hatte.

Berichte.

I. Ueber Nahtmaterialien und Nahtmethoden bei Coeliotomieen.

Sammelbericht

Von

Dr. HUGO STETTINER.
(Berlin.)

Wenn Reichel (1) in seinem auf dem letzten Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gehaltenen Vortrage sagt, dass man über die Technik der Coeliotomie selbst, von Einzelheiten abgesehen, in allen prinzipiellen Punkten einerlei Ansicht sei, so kann man ihm nicht unbedingt zustimmen. Denn man darf den Schlussakt der Coeliotomie, die Vernähung der Bauchwunde, keineswegs als einen geringfügigen, nebensächlichen Punkt betrachten; gerade über ihn gehen die Ansichten namhafter Chirurgen und Gynäkologen noch weit auseinander.

Der Uebergang von der antiseptischen zur aseptischen Wundbehandlung hat namentlich die Catgutfrage wieder in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt, die Frage, ob es möglich ist, das Rohcatgut, dem gelegentlich noch alle Bakterien des Schafdarmes anhaften können, auf einem nicht zu komplizierten Wege zu einem aseptischen Nahtmaterial umzuwandeln. Im Jahre 1887 schrieb J. Veit (2): „Es liegt allerdings nicht mehr am Nahtmaterial, ob die Wunde zuheilt, sondern an seiner antiseptischen Beschaffenheit und die Ueberzeugung, dass diese beim Catgut leichter zu erreichen ist, als bei der Seide und die Leichtigkeit, mit der jeder Arzt nun wieder ein antiseptisches Nahtmaterial vorrätig halten kann, sowie die Bequemlichkeit, oft lästiger Nahtentfernung überhoben zu sein, werden wesentlich für Catgut sprechen". Heute liegen die Verhältnisse gerade umgekehrt. Die Leichtigkeit, mit welcher es gelingt, Seide und andere Nahtmaterialien mit Dampf zu sterilisieren, gegenüber den komplizierten Methoden der Catgut-Desinfektion und Sterilisation, hat eine grosse Anzahl von Operateuren bewogen, sich von jenem „Geschenke aus den Händen und aus dem Geiste Joseph Listers" trotz seines unschätzbaren Vorteiles der Resorbierbarkeit abzuwenden. Hat doch auch

nach dem Uebergange zur aseptischen Methode die Verunreinigung der Wunde durch ein nicht völlig keimfreies Nahtmaterial eine ganz andere Bedeutung als in der Zeit, da man während der Operation antiseptische Flüssigkeiten reichlicher anwandte.

So erzählt auch Lauenstein (3) von einem schottischen Chirurgen, welcher noch heute das von Lister zuerst empfohlene Carbolölcatgut anwendet, ohne irgend welche nachteilige Wirkung desselben gesehen zu haben, da er ein treuer Anhänger der antiseptischen Wundbehandlung geblieben ist.

Aber nicht nur die Kompliziertheit des Verfahrens ist es, welche dem Catgut Gegner geschaffen hat, sondern vor allem haben die unsicheren Schwankungen in der Art der Zubereitung, welche in den letzten Jahren herrschten und noch heute herrschen, dazu beigetragen.

Sonderbarerweise scheint in dieser Frage ein gewisser Gegensatz zwischen Chirurgen und Gynäkologen zu bestehen. Dieser Gegensatz tritt deutlich zu Tage, wenn man auf die Verhandlungen der beiden letzten Kongresse, des 24. der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (4) und des 6. der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie (5) zurückblickt. Wurde auf letzterem bei Gelegenheit der Diskussion über den Winter'schen Vortrag (6) der Gefährlichkeit des Catguts als Nahtmaterial kaum gedacht, so wurden auf ersterem von Lauenstein (3) und Kocher warnende Thatsachen zu Ungunsten des Catguts mitgeteilt. Ich gehe auf den Lauenstein'schen Vortrag, als dessen Hauptergebnis der Nachweis entwickelungsfähiger Keime in dem auf die verschiedenen Arten sterilisierten Catgut zu betrachten ist, nicht näher ein, da über ihn schon in dieser Monatsschrift (Bd. II, p. 56) berichtet ist.

Seitdem sind nun wieder einzelne neue Methoden zur Gewinnung eines sterilen Catguts ersonnen worden. Repin (7) hat im Pasteur'schen Institute Versuche mit Sterilisation des Catguts durch Einwirkung von Alkoholdämpfen gemacht. Das hierauf gegründete, leider sehr komplizierte Verfahren wird von ihm (8) und Terrier (9) mit Erfolg gehandhabt. Zunächst wird das Catgut mit Aether vollkommen entfettet, dann wird es durch Austrocknen im Heissluftapparat oder über Schwefelsäure seines Wassergehaltes beraubt. Hierauf folgt eine einstündige Sterilisation durch Dämpfe von absolutem Alkohol von 120° im Antoclaven. Hiermit ist die Sterilisation beendet. Um seiner Sache gewiss zu sein, dass das Catgut keimfrei geworden, empfiehlt R. das Catgut in einem mit steriler Bouillon gefüllten Glase noch einige Tage im Brütofen aufzubewahren. Ein Klarbleiben der Bouillon beweist dann, dass die Sterilisation gelungen ist.

Wesentlich einfacher ist das Verfahren von Saul (10, 11), der seine ersten Versuche hierüber noch unter Leitung von Schimmelbusch gemacht hat. Nachdem er die verschiedenen Alkohole durch eine Anzahl von Versuchen in Bezug auf ihre keimtötende Wirkung geprüft, ist er zu dem Resultat gekommen, den Aethylalkohol folgender Concentration zur Sterilisation des Catguts zu empfehlen:

Alcohol absolut. 850,0
Acid. carb. liquef. 50,0
Aq. dest. 100,0.

Er hat von Lautenschläger einen praktischen Apparat konstruieren lassen, in welchem diese Flüssigkeit langsam bis zum Siedepunkte erhitzt wird. Dieser schwankt je nach dem Barometerstand zwischen 78° und 80°. Die Siedetemperatur lässt man 15 Minuten einwirken, der ganze Sterilisationsprozess dauert 45 Minuten. Da nach den Versuchen von S. 5 bis 7 Minuten genügen, um Milzbrandsporen zu töten, so würde das Verfahren, das von einer bestechenden Einfachheit ist, zwei- bis dreifache Sicherheit gewähren.

In einer der letzten Nummern des Centralblattes für Chirurgie (12) hat nun Hofmeister eine vorläufige Mitteilung gemacht, der eine ausführliche Darlegung der Versuche in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie alsbald folgen soll, wonach auch die Zuverlässigkeit der Saul'schen Methode in Frage gestellt wird. Er berichtet, dass man auf der chirurgischen Universitätsklinik in Tübingen mit der von Saul empfohlenen Alkohol-Carbol-Wasserdampfdesinfektion, welche sofort nach Erscheinen der ersten Mitteilung eingeführt wurde, trotz gründlicher Befolgung seiner Vorschriften bittere Enttäuschungen erleben musste. In einer Reihe von Fällen sei secundäre Eiterung in der Tiefe der Gewebe aufgetreten, und wiederholt sei es zur Ausstossung von Ligaturfäden gekommen. Auch die bakteriologische Untersuchung von nach Saul sterilisiertem Catgut hätte in allen Fällen Kulturentwickelung (Kartoffelbacillus und 2 Arten von Staphylokokken) ergeben. Gleichzeitig teilt Hofmeister ein neues Verfahren mit, das nach seinen Angaben völlig zuverlässige Resultate giebt.

Schon von Kossmann und Vollmer (13, 14) ist das Formalin zur Bereitung des Catguts herangezogen worden. Sie verwandten zunächst eine 2 proc. Lösung des Formalin, in welcher das Catgut 24 Stunden hindurch verblieb. Alsdann wurde es in einer $^1/_2$ proc. Lösung aufbewahrt. Letzteres bewährte sich nicht, da das Catgut, wenn es dauernd den Formalindämpfen ausgesetzt war, brüchig wurde. Vollmer legte daher das Catgut in Tavel'sche Lösung und entfernte durch Auswaschen das auch den Händen lästige Formalin. Er war mit den Resultaten des so zubereiteten Catguts zufrieden.

Im Januar d. J. wurde in der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien von Hlawacek über ein von ihm und Dr. Halban auf der Klinik Albert eingeführtes Verfahren berichtet (15), welches sich nicht von dem später von Hofmeister veröffentlichten, doch von ihm unabhängig von jenen ersonnenen Verfahren unterscheidet. Es beruht auf der Fähigkeit des Formalin, Leimsubstanzen so zu härten, dass sie ihre Löslichkeit in kochendem Wasser verlieren.

Die Methode ist folgende

nach Hlawacek und Halban:	nach Hofmeister:
1. Das Rohcatgut wird 3 bis 4 Tage den Dämpfen einer 40 proc. Formaldehydlösung ausgesetzt oder 12—24 Stunden in 5 proc. Formalinlösung gebracht.	1. Härtung des auf Rollen gewickelten Rohcatgut in 4 proc. Formalinlösung für 24 Stunden.
2. 15 Minuten langes Kochen in Wasser.	2. Kochen in Wasser bis zu 10 Minuten.

3. Nachhärtung in Alkohol, dem 5% Glycerin und 1‰ Sublimat oder ein anderes Antisepticum in entsprechender Quantität zugesetzt ist.

Nach den günstigen Erfahrungen, die man auf den verschiedenen Gebieten der Medizin mit der Anwendung des Formalin gemacht, kann man hoffen, dass sich dieses Verfahren in der Praxis bewähren wird. Vorläufig hat es diese Feuerprobe noch nicht überstanden.

Jedenfalls darf bei dem heutigen Standpunkte der Catgutfrage die Ansicht derer, welche das Catgut aus der Reihe der Nahtmaterialien gestrichen haben wollen, nicht als unberechtigt gelten. Auch Referent hat auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain in einer Anzahl von Fällen kleinere Infektionen gesehen, für welche man keine andere Erklärung als die Unzuverlässigkeit des Catguts (es wurde das v. Bergmann'sche Sublimatcatgut angewandt) finden konnte. Dass es in der That die Ursache war, dafür spricht das Wegbleiben derselben, nachdem Herr Geh. Rat Hahn das Catgut verbannt hat. — Der Operateur, namentlich der unter aseptischen Kautelen arbeitende, muss zu allem, was er zur Operation braucht, das Vertrauen haben können, dass es steril sei. Für das Catgut giebt es aber bisher keine Methode — ich sehe von der Formalinbehandlung ab, über welche noch nicht genügende Erfahrung gesammelt sind —, welche für eine gleichmässige Keimfreiheit des Catguts Garantie bietet. Gerade der Umstand, dass das Catgut durch die verschiedenen Methoden ungleichmässig beeinflusst wird, dass ein Teil desselben Fadens steril sein, ein anderer Keime enthalten kann, erklärt die Meinungsverschiedenheiten, welche in dieser Frage herrschen. Wer das Glück gehabt hat, in der Mehrzahl der Fälle keimfreies Material zur Verfügung gehabt zu haben, wird mit einem gewissen Staunen auf die Zaghaftigkeit derer blicken, welche ein nicht resorbierbares Nahtmaterial dem Catgut vorziehen.

Wie steht es denn nun mit den anderen vorzugsweise angewandten Nahtmaterialien, der Seide, dem Silkwormgut und dem Silberdraht? Ihre Sterilisation ist eine leichte, aber auch bei ihnen kommt es mitunter zu kleinen Infektionen. Einzelne Forscher haben sogar bei Anwendung von Seide mehr Infektionen gesehen, als bei der Anwendung des Catguts.

Winter (6) erklärt das Zustandekommen der Infektion wohl mit Recht damit, dass die Seide die Strasse ist, auf welche die Organismen in die Wunde hineindrainiert werden, denn nach den bisherigen Versuchen ist die Sterilisation der Seide mittels Dampf eine vollkommene. Trotzdem haben die oben erwähnten Erfahrungen Kocher (4) veranlasst, in der bereits öfters erwähnten Diskussion die Frage anzuregen, ob es nicht ratsam sei, für Unterbindungs- und Nahtmaterial einer antiseptischen Vorbereitung den Vorzug zu geben. Er hat Versuche mit Acidum arsenicosum gemacht und bei Anwendung derartig präparierter Seide bei 35 Kropfoperationen absolute Heilung per primam gehabt.

Eine zweite Gefahr oder vielmehr Unannehmlichkeit ist, dass bei dem nicht resorbierbaren Nahtmaterial nach erfolgter Primärheilung später Fisteln entstehen können, die erst nach Aus-

stossung der Fremdkörper ausheilen. Auch hier muss man als Ursache ein späteres Eindringen von Mikroorganismen annehmen. Winter (6) suchte die Störung der Primärheilung mit Erfolg durch Einführung eines Occlusivverbandes zu verhindern. Sollte man dieses spätere Herauseitern der bereits eingeheilten Seidenfäden nicht auch dadurch vermeiden können, dass man noch längere Zeit nach der Operation die Narbe durch einen Kollodiumverband schützt?

Hier möge auch eine experimentelle Arbeit von C. Dun (16), welche aus dem bakteriologischen Institute in Bern unter Tavel's Leitung hervorgegangen ist, Erwähnung finden. D. hat unter peinlichster Beobachtung aller Vorsichtsmassregeln Versuche an 98 Kaninchen gemacht, denen er sterilisierte oder mit Sublimat imprägnierte oder mit Bakterien-Kulturen beschickte grössere oder kleinere Seidenknoten oder nur Bakterienkulturen unter die Haut brachte. Er gelangte dabei zu folgenden Resultaten. 1. Je grösser der Fremdkörper, desto grösser war die Reaktion, die er auf das umgebende Gewebe ausübte. 2. Mit Sublimat getränkte Ligaturen riefen eine stärkere Reaktion hervor, als sterile. 3. Dieselbe Menge von Bakterien, welche vom Körper aufgenommen wird, ohne eine Reaktion hervorzurufen, giebt bei gleichzeitiger Anwesenheit eines Seidenknotens zu einer starken Reaktion Veranlassung. 4. Dieselbe wird geringer, wenn man mit Sublimat getränkte Knoten, als wenn man sterile eingeführt hat. Punkt 3 dürfte für die Erklärung mancher Infektion, vielleicht auch für die der Spätausstossung von Ligaturen von Bedeutung sein. Punkt 1 fordert dazu auf, möglichst feines Material zu Unterbindungen und Nähten zu benutzen. Es verdienen in dieser Beziehung Zwirn und Silkworm den Vorzug vor Seide und Draht, da sie bei geringerer Dicke grössere Festigkeit aufweisen. Im Krankenhaus Friedrichshain wird seit längerer Zeit Leinenzwirn zu Ligaturen benutzt. Er lässt sich vorzüglich sterilisieren und heilt entschieden leichter ein als Seide. Von einer Anzahl von Chirurgen und Gynäkologen wird auch das Silkwormgut mit Vorliebe angewandt. Petersen (17) fasst die Vorteile desselben am Schlusse seiner Auseinandersetzungen zusammen:

1. Die Seidenwurmfäden sind sehr fest, so dass man sehr feine Fäden verwenden kann.

2. Sie quellen nicht auf, reizen also nicht durch Dicker- und Kürzerwerden.

3. Sie sind sehr leicht zu sterilisieren durch einfaches mechanisches Abstreichen.

4. Sie lassen auch in der Wunde keine Bakterien in sich eindringen, wie Catgut und Seide.

5. Sie sind ausserordentlich haltbar und nicht durch langes Aufbewahren dem Verderben ausgesetzt.

6. Sie lassen sich bequem knüpfen.

7. Sie reizen so gut wie gar nicht und können jahrelang reaktionslos im Gewebe stecken bleiben, selbst wenn ein Teil des Fadens frei auf der Hautoberfläche liegt.

Ist bei der Wahl des Nahtmaterials im Wesentlichen der Wunsch bestimmend, eine prima intentio zu erreichen, so erstrebt

die Nahtmethode durch korrekte Vereinigung der verschiedenen durchschnittenen Schichten möglichst den status quo ante operationem wiederherzustellen. Man hat hierzu verschiedene Wege eingeschlagen. Die Bemerkungen über die verschiedenen Nahtmethoden sind in der Litteratur aber so zerstreut, dass es schwer ist, einen klaren Ueberblick hierüber zu erhalten. Ein Teil ist der einfachen, durchgreifenden Knopfnaht (vgl. z. B. Martin und Dührssen 5) treu geblieben. Erst kürzlich ist in einer Mitteilung von Walcher (18) im Centralbl. f. Gyn. darauf hingewiesen worden, dass man auch auf diese einfache Methode ein gutes Aneinanderliegen der einzelnen Schichten bewirken kann, wenn man nur sein Augenmerk darauf richtet, dass der Faden um die Wundfläche ungefähr einen Kreis beschreibt, dessen Durchmesser gleich der Höhe der Wundfläche ist. Andere halten eine isolierte Vernähung des Peritoneums für ratsam, schon um bei einer etwaigen Blutung aus einem Nahtkanale eine Verblutung in die Bauchhöhle zu vermeiden. So schliesst Herr Geh. Rat Hahn im Allgemeinen, falls nicht etwa eine schnelle Beendigung der Operation die Vereinigung der Bauchdecken durch eine einzige Nahtreihe erforderlich macht oder die Beschaffenheit der Bauchdecken in der Wunde ein Nähen in mehreren Etagen wünschenswert erscheinen lässt, die Coeliotomiewunde auf folgende Weise. Zuerst wird im oberen und unteren Wundwinkel je eine stärkere Seidenknopfnaht angelegt. An den beiden Fäden werden die Bauchdecken in die Höhe gehoben, wodurch sich das durchschnittene Peritoneum meist gut aneineinder legt. Dann wird dieses durch schwächere Seidenknopfnähte geschlossen und darauf Haut, Unterhautgewebe, Fascien und Muskeln ebenfalls durch eine Anzahl von alle diese Teile zusammenfassenden Seidenknopfnähten vereinigt. Auch Zweifel (19) hat früher so genäht, ist indessen wegen der Buchten und Sekretstauungen, welche sich leicht zwischen Muskeln und Serosa bilden, von dieser Methode abgegangen und schliesst jetzt die Bauchhöhle auf folgende Weise:

1. Zuerst werden die tiefen, die Bauchwand ganz durchdringenden und das Peritoneum mitfassenden Entspannungsnähte gelegt.
2. Dann folgt mit Catgut die Peritonealvereinigung mit unterbrochener oder fortlaufender Naht.
3. In gleicher Weise wird die Fascia superficialis, ohne die Muskeln anzustechen, vereinigt.
4. Nun werden alle tiefen Entspannungsnähte durch provisorische chirurgische Knoten geschlossen.
5. In die Zwischenräume der Entspannungsnähte werden die oberflächlichen Hautnähte mit feinen geraden Nadeln gelegt und gleich endgültig geschlossen.
6. Jetzt erst folgt der endgültige Schluss der Entspannungsnähte.

Es ist also hier schon das Princip der isolierten Fasciennaht eingeführt, welches auch von Winter auf dem letzten Gynäkologenkongress empfohlen worden ist. Andere, wie v. Winckel (5), legen gerade Wert darauf, mit der Fascie auch den Muskel mitzufassen.

Alle diese Methoden — wenn man jede kleine Abweichung als eine andere Methode bezeichnen will, giebt es deren unzählige — bezwecken die Herstellung einer festen, schwer dehnbaren Bauch-

narbe zur Verhütung von Bauchbrüchen, welche ja oft so unangenehme Beschwerden machen können, dass eine neue Coeliotomie indiciert wird. Kehrer (20) hat in dieser Beziehung noch betont, dass man bei einer etwas stark verbreiterten Linea alba diese bis zu den radiären Rändern der Mm. recti resecieren soll. Schede (21) sucht durch die versenkte Drahtnaht der Ausbildung von Hernien vorzubeugen und er sowohl wie Prochownick (22) haben damit gute Resultate erzielt. Sie sowohl wie Winter (6) konnten bei Anwendung ihrer Nahtmethoden eine Verminderung der Entstehung von Hernien durch Zahlen nachweisen. So wenig aber bezweifelt werden kann, dass eine nicht per primam geheilte Bauchwunde und eine weniger feste Narbe selbst beim Tragen noch so guter Bandagen für die Entstehung einer Hernie prädisponierend sein wird, so sehr muss man sich darüber klar sein, dass bei ihrer Entstehung auch noch andere Momente wesentlich mitsprechen, ja vielleicht von noch grösserer Bedeutung sind. Fritsch (23) hat in dieser Beziehung auf die zu grosse Ausdehnung des Schnittes namentlich nach der Symphysis oss. pub. zu aufmerksam gemacht.

A. Martin (5) hat auf die Beschaffenheit der Bauchdecken im Allgemeinen seine Aufmerksamkeit gerichtet. Meinert (5) glaubt, dass es sich bei den betreffenden Patienten um eine hauptsächlich das Bindegewebe betreffende trophische Störung handele, wie denn die Hernien meist von einer allgemeinen Enteroptose begleitet seien. Auch auf die Untersuchungen von Waitz (24) über den Einfluss innerer Darmverwachsungen nach Coeliotomien auf die Entstehung von Bauchbrüchen sei hier hingewiesen. Jedenfalls bedarf die Frage der Entstehung von Bauchhernien und ihrer Prophylaxe noch weiterer Untersuchungen. Es ist zu hoffen, dass die von A. Martin (5) angeregte Sammelforschung über die Bauchnaht und die Beschaffenheit der Bauchdecken Klarheit schaffen wird. Sie wird auch Aufschluss darüber geben, ob die Bestrebungen der Verlegung des Schnittes aus der Mittellinie, auf die ich hier nicht näher eingehen will, berechtigt sind oder nicht.

Litteraturverzeichnis.

1. Reichel: Zur Nachbehandlung nach Laparotomieen. Arch. f. klin. Chirurgie Bd. 50.
2. J. Veit: Catgut als Nähmaterial. Therap. Monatshefte 1887.
3. Lauenstein: Zur Frage der Catguteiterung. Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 50.
4. Verhandlungen des XXIV. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.
5. Verhandlungen des VI. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie.
6. Winter: Bauchnaht und Bauchhernie, ibidem.
7. Repin. Un procédé sûr de sterilisation du catgut. Annales de l'Institut Pasteur 1894, p. 170.
8. Repin: Méthode nouvelle de stérilisation et de conservation du catgut. Archiv prov. de chir. III.
9. Terrier: De l'asepsie en Chirurgie. Revue de Chirurgie 1894, p. 828, 1032.
10. Berliner med. Gesellschaft: Verhandlungen 1895, p. 226.
11. Saul: Untersuchungen über Catgutdesinfection. Die Desinfection mit siedenden Alkoholen. Archiv f. klin. Chir. 1896.

12. Hofmeister: Ueber Catgutsterilisation. Centralblatt f. Chir. 1896, No. 9.
13. Kossmann: Bericht der Gesellschaft f. Gynäkologie u. Geburtsh. Centralblatt f. Gyn. 1895, No. 15.
14. Vollmer: Ueber Formalincatgut. Centralblatt f. Gyn. 1895, No. 46.
15. Wiener med. Blätter 1896, No. 6. Sitzungsbericht d. K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien.
16. C. Dun: The conditions interfering with the healing of wounds, with experiments on lesion, implantation and infection. Edinb. med. journal 1895, No. 3.
17. Petersen: Seidenwurmfäden. Festschrift für Friedrich v. Esmarch 1893.
18. Walcher: Nähte bei plastischen Operationen. Centralbl. f. Gyn. 1896, No. 10.
19. Zweifel: Vorlesungen über klinische Gynäkologie 1892.
20. Kehrer: Zur Laparotomie. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Gynäkologie 1892.
21. Schede: Ueber den Gebrauch der versenkten Drahtnaht bei Laparotomieen und bei Unterleibsbrüchen. Festschrift für Friedrich v. Esmarch.
22. Prochownick: Die Schede'sche Silberdrahtnaht und ihre Erfolge. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft f. Gyn. 1893.
23. Fritsch: Bericht über die gynäkologischen Operationen des Jahrgangs 1891/92.
24. Waitz: Ueber den Einfluss innerer Darmverwachsungen nach Laparotomieen auf die Entstehung v. Bauchbrüchen. Festschrift für Friedrich v. Esmarch. Vgl. auch Braatz: Grundlagen der Aseptik und Schimmelbusch: Aseptische Wundbehandlung, sowie Sänger-Odenthal: Asepsis in Gynäkologie und Geburtshülfe.

II. Geburtshülfliches und Gynäkologisches aus England.

Von

T. ARTHUR HELME

Honorary Assistant Surgeon to the Clinical Hospital for Women and Children. Manchester.

I. Geburtshülfe.

1. W. S. A. Griffith, Vorstellung einer Patientin nach Symphysiotomie. Trans. Obst. Soc. London 1895, p. 13.
2. R. J. Probyn-Williams und Leonard Cutler, Beobachtungen von Temperatur, Puls und Respiration bei der Geburt und im Wochenbett. Ibid, p. 19.
3. C. H. Roberts, Ueber die gewöhnliche Form von „White Leg" (Phlegmasia alba dolens) nach der Geburt. Ibid. p. 163.
4. R. C. Buist, Ueber die Methoden der künstlichen Athmung bei Neugeborenen. Transact. Edinb. Obst. Soc. 1894—95. Vol. XX.
5. W. E. Fothergill, Klinische Bemerkungen über die Höhe des Fundus uteri während der ersten und am Ende der zweiten Geburtsperiode. Ibid. p. 113.
6. — — Klinische Bemerkungen über die Vorteile von Walcher's Lagerung. Ibid. p. 115.
7. E. Curatulo u. L. Tarulli, Ueber den Einfluss der Kastration auf den Stoffwechsel. Ibid. p. 123.
8. G. Elder u. R. Hutchinson, Untersuchungen des mütterlichen und des kindlichen Blutes bei der Geburt. Ibid. p. 154.
9. James Murphy, Coeliotomie bei Schwangerschaft. Lancet 95. Vol. I.
10. William Berry, Ueber die häufigere Anwendung der Zange in der Geburtshülfe. Ibid. p. 216.

11. F. D. Fisher, Syphilis-Infektion im Wochenbett durch eine Hebamme. Ibid. p. 400.
12. Ph. Maxwell, Inversio uteri. — Toc. Ibid. p. 404.
13. Champneys u. Bowlby, Weitere Beobachtungen über die Entwickelung von brustdrüsenähnlichen Funktionen in der Haut von Wöchnerinnen. Ibid. p. 1514.
14. G. B. Todd, Ektopie von Leber, Netz und Blase. Lancet. 95. Vol. II, p. 1514.
15. R. Cory, Ueber den Einfluss der Erblichkeit bei Zwillingsgeburten. Ibid. pg. 1105.
16. H. Spencer, Ueber Entbindung in gewissen Fällen von Einkeilung des kindlichen Rumpfes. Brit. med. J. Vol. I, 1895, p. 808.
17. H. T. Sequeira, Riss der Nabelschnur in der Nähe der Placenta während der Geburt. Ibid. p. 866.
18. Simeon Snell, Ueber die Beziehungen zwischen Retinitis albuminurica und Einleitung der Frühgeburt. Ibid. p. 1368.
19. Murdoch Cameron, Ein Fall von Uterusmyomen bei Schwangerschaft im 5. Monat. Totalexstirpation. Heilung. Brit. med. Journ. 95, Vol. II.
20. Steele, Ein Fall von Erysipelas neonat. behandelt mit Antistreptokokken-Serum. Ibid. p. 1418.
21. Kerr, Chemische und physiologische Veränderungen der Milch nach dem Kochen. Ibid. p. 1491.

1. Griffith: Patientin nach Symphysiotomie. Gr. stellte eine Frau vor, bei welcher er im Oktober 94 die Symphysiotomie ausgeführt hatte. Dieselbe war jetzt (6. Febr. 95) kräftig und gesund, fähig zu jeder schweren Arbeit und konnte ohne jede Schmerzen oder Beschwerden laufen und springen. Nur flossen gelegentlich, wenn Pat. sich sehr anstrengte, einige Tropfen Urin spontan ab. Eine abnorme Beweglichkeit des Beckenringes bestand nicht, die Symphyse war fest vereinigt und die frühere Incisionsstelle war als eine leichte Furche von ca. 3 mm zu tasten. Dennoch musste trotz der vollständigen Wiederherstellung der Mutter die Operation als eine misslungene bezeichnet werden, weil es nicht gelungen war das Kind nach der Entwickelung durch die Zange zum Athmen zu bringen. Vielleicht wäre dieses möglich gewesen, wenn die Operation einige Stunden früher ausgeführt wurde.

Gr. hält den Eingriff selbst für nicht schwierig, aber entschieden für ernst mit Rücksicht auf die Frau Die Operation verlangt die grösste Sorgfalt seitens des Operateurs und sollte nicht in einem Privathause ohne die nötigen Vorbereitungen leichthin unternommen werden. Wohl aber sei sie am Platze, wenn die Verengerung des Beckens zu gering sei, um eine Sectio caesarea zu indicieren und andererseits zu gross, um das Kind durch Zange oder Wendung ohne schwerere Verletzungen zu entwickeln. Hier könne ruhig die Symphysiotomie ausgeführt werden, um der Notwendigkeit einer Kraniotomie am lebenden Kinde vorzubeugen.

2. cfr. Monatsschr. B. I, p. 651.
3. cfr. Monatsschr. B. II, p. 153.

4. Buist: Künstliche Athmung bei Neugeborenen. Verf. bringt zunächst verschiedene Einwendungen gegen die Schultze'sche Methode, die gewöhnlich für die beste gehalten wird. Die verschiedenen beschriebenen Methoden hat er einer Durchsicht unterzogen und vergleicht sie mit seinem Vorgehen, dass er als wirksam erprobt hat. Die B.'sche Methode der künstlichen Athmung besteht in einer Verbindung

verschiedener ausgewählter Handgriffe der bereits beschriebenen Methoden. Die letzteren klassificiert B. wie folgt:

I. Künstliche Exspiration.

A. Kompression des Thorax.
a) Durch das Rumpfgewicht des Foetus. (Hall)
b) Durch den Arzt.
1. Direkte manuelle Kompression, (Howard, Duke, Prochownick).
2. Indirekte Kompression durch die Arme des Kindes (Silvester, wie gewöhnlich angewendet).
3. Eine Bewegung, die der des kindlichen Körpers Widerstand leistet. (Schultze.)

B. Beugung des kindlichen Rumpfes. (Byrd, Schroeder, Dew, Schultze).

C. Elastisches Zurückschnellen des Thorax nach Ausdehnung desselben. (Wand und Inhalt.) (Bain, Pacini, Silvester, wie von diesem selbst beschrieben.)

II. Künstliche Inspiration.

A. Heben der Thorax-Wand.
1. Durch Zug am Musc. pectoral (Silvester).
2. Durch das Gewicht der kindlichen Arme (Byrd).
3. Durch Zug an allen Schultermuskeln (Bain, Pacini, Silvester.

B. Herabdrängen des Zwerchfelles durch Herabdrängen des Bauchhöhlen-Inhaltes.
a) Durch dessen Gewicht (Byrd, Dew, Schultze).
b) Durch Centrifugalkraft (Schultze).

C. Elastisches Zurückschnellen des Thorax (Wand) nach Kompression. (Hall, Howard, Duke, Prochownick.)

Buist beschreibt dann seine Methode: „Sollten äussere Reize auf das Gesäss und die Brustwand das Kind nicht zum Schreien bringen, so reinige ich den Pharynx, nabele das Kind ab und lege es mit der Brustseite und mit von mir abgewendeten Kopfe auf meine rechte Hand. Der obere und untere Teil des Körpers und die Extremitäten hängen dabei über die Hand hinüber. Jetzt bringe ich das Kind durch eine etwas schleudernde, werfende Bewegung in meine linke Hand und zwar jetzt in Rückenlage. Arme und Beine hängen wiederum herab. Dann bringe ich es wieder in die frühere Lage in der rechten Hand und wiederhole diese Bewegungen 12—16 Mal in der Minute. Befürchtet man das Kind zu stark abzukühlen, so macht man das ganze Manöver am Ofen und lässt gleichzeitig die untere Hälfte des Kindes in ein Gefäss mit warmen Wasser tauchen."

B. beschreibt dabei die einzelnen Vorgänge des genaueren, um sie einem Vergleiche mit den Wirkungen der übrigen Methoden zu unterziehen:

A. Man beginnt mit einer Exspirationsstellung, 1. das Gewicht des kindlichen Rumpfes (Hall) und 2. seine Beugung (Byrd) bewirken einen Druck auf die Brust und begünstigen 3. das Hinausbefördern von Schleim,

zu welchem auch 4. das leichte Herunterhängen des kindlichen Kopfes ganz zweckdienlich ist.

B. Die Exspiration wird noch vermehrt, wenn man sich anschickt, das Kind in die linke Hand zu legen, wahrscheinlich durch den Fingerdruck der rechten Hand. (Howard.)

C. Das schnelle Hinüberwerfen in die Rückenlage schleudert 1. Schultern und Arme nach aufwärts und zieht 2. die Thoraxwandung nach oben. (Silvester.) 3. Das plötzliche Herunterhängen der Beine und des Beckens bringt 4. den Bauchinhalt nach unten und bewirkt 5. ein Tiefertreten des Zwerchfelles. (Schultze.) Während der Inspirations-Phase sind 6. die oberen Luftwege nahezu gestreckt.

D. Wie Duke hervorhebt, liegen, solange das Kind sich mit der Brust nach unten in der rechten Hand befindet 1. die Finger des Arztes gerade über der Herzgegend des Kindes und vermögen 2. jede Veränderung des Herzschlages ohne Verzögerung festzustellen ohne 3. die Bewegungen zu unterbrechen, wie Duke es thut.

E. Ein Abkühlen des Kindes ist leicht zu verhindern.

So scheint denn diese Methode das Gewaltsame, die Gefahr einer Abkühlung des Kindes und das Unbequeme für den Arzt, welches der Schultze'schen Methode immerhin anhaftet, zu vermeiden, ohne dabei den Hauptfaktor derselben, das Herabdrängen des Zwerchfelles, aufzugeben. Ergänzend treten dabei die wirksamsten Faktoren der anderen Methoden ein und zwar in einer äusserst einfachen und augenscheinlich brauchbaren Art und Weise.

5. Fothergill: Höhe des Fundus uteri während der Geburt. Dr. F. und Dr. Stephen berichten über die Resultate ihrer Beobachtungen an 30 Frauen im „Maternity Hospital" zu Edinburgh aus der Klinik des Prof. Simpson. Vor dem Eintritte des Kopfes in das kleine Becken wurden 3 Messungen vorgenommen. Der Tasterzirkel wurde benutzt 1. um die Höhe des Fundus uteri oberhalb des oberen Randes der Symphyse zu bestimmen, 2. um die Breite des Uterus an seiner breitesten Partie festzustellen, 3. wurde noch einmal die Entfernung vom Fundus bis zur Symphyse mit dem Bandmass gemessen. Die Durchschnittsresultate der 30 Fälle waren

1. der Fundus uteri steigt um ca. 8 mm vor der Geburt,
2. die Breite des Uterus nimmt vor der Geburt um ca. 28 mm ab,
2. die Entfernung von der Symphyse bis zum Fundus nimmt, mit dem Bandmass gemessen, um ca. 25 mm ab.

Aus diesen Resultaten geht hervor, dass der Uterus während der Geburt in der Richtung von vorn nach hinten und in seitlicher Richtung schmaler wird, während seine Länge nicht verkürzt wird. Sein Inhalt hingegen ist wesentlich vermindert, da er seine Rundung verliert und eine mehr cylindrische, längliche Form annimmt.

Die Messungen bestätigen die Beobachtungen von Schroeder und Stratz, Hoffheinz und Anderen,

1. wonach der Uterusfundus vor der Geburt des Kopfes nicht tiefer tritt,
2. der Uterus während der II. Geburtsperiode sich verschmälert, indem der Fötus in die Länge gezogen und verschmälert wird, in dem Masse als der Kopf in die Vagina eintritt.

6. Fothergill: Walcher's Lagerung.

Die Arbeit enthält die Resultate von Beckenmessungen an 6 Frauen in Steinschnittlage und in Walcher's Lagerung. F. und Stephen fanden bei herunterhängenden Beinen eine Zunahme der Conjugata bis zu 1,2 cm. Durchschnittlich betrug die Verlängerung derselben 0,93 cm, Walcher berechnet sie von 0,8—1,3 cm, während Klein nur 0,5 bis 0,6 cm feststellen konnte.

Verf. zieht hieraus folgende Schlüsse:

I. In Fällen von „hoher Zange" ist Walcher's Lagerung vorteilhaft, denn sie vermindert
   1. die Anstrengung des Geburtshelfers,
   2. den Druck gegen den Kopf,
   3. den Druck gegen die Symphyse,
   4. den Druck der Zange gegen das Perineum.

II. In Fällen, die keine Zange erfordern, wo das Hindernis im Beckeneingang liegt, verhindert diese Lagerung:
   1. zu grosse Anstrengung des Uterus und der Bauchmuskeln,
   2. Druck gegen den Kopf,
   3. Druck gegen die Symphyse.

III. In Fällen, bei denen während der Geburt das Perineum mit oder ohne Zange gefährdet wird, ist die Walcher'sche Lagerung, oder doch wenigstens Extension der Beine im Hüftgelenk von Vorteil, weil die Haut und die darunter liegenden Gewebe dadurch erschlafft werden.

8. Elder und Hutchinson: Blut von Mutter und Kind unter der Geburt. Verf. haben ihre Untersuchungen als „Resident surgeons" am Royal Maternity Hospital zu Edinburgh unter Prof. Simpson und Dr. Croom gemacht. Sie kommen dabei zu folgenden Resultaten.

1. Das Blut Neugeborener ist relativ reicher an roten Blutkörperchen als das des Erwachsenen, ca. 350000 bis 500000 p. ccm.

2. Kurz nach der Geburt (bis zu 2 Tagen) scheinen die roten Blutkörperchen an Zahl noch zuzunehmen. Wahrscheinlich ist dies die Folge einer Volumen-Abnahme des Blutes, da die Flüssigkeitsabgabe des Säuglings grösser ist als die Zunahme. Hierdurch wird eine Concentration des Blutes bewirkt. Ungefähr nach dem zweiten Tage beginnt die Zahl der roten Blutkörperchen wieder abzunehmen.

3. Die Zahl der roten Blutkörperchen zeigt viel grössere Schwankungen als bei Erwachsenen, wahrscheinlich weil das Gesamtvolumen des Blutes grösseren Schwankungen unterworfen ist.

4. Bei der Geburt findet sich immer eine beträchtliche Zahl kernhaltiger, roter Blutkörperchen, doch ist dieselbe individuell sehr verschieden.

5. Ungefähr im 6. Monat des intrauterinen Lebens ist die Zahl der kernhaltigen roten Blutkörperchen erheblich grösser als bei der Geburt. In den späteren Monaten der Schwangerschaft scheinen diese Elemente schnell abzunehmen, um einige Tage nach der Geburt vollständig aus dem Blute zu verschwinden.

6. Das Blut Neugeborener ist relativ reicher an Haemoglobin als das Erwachsener.

7. Ausserdem ist auch das einzelne rote Blutkörperchen reicher an Haemoglobin als bei einem Erwachsenen.

8. Das Blut der Mutter bei der Geburt ist „anämisch".

9. In einzelnen Fällen ist das Blut der Mutter beträchtlich ärmer an roten Blutkörperchen, als das des Kindes und noch ärmer an Haemoglobin.

10. Sowohl das mütterliche als auch das kindliche Blut enthalten mehr weisse Blutkörperchen, als dies unter normalen Verhältnissen bei Erwachsenen der Fall ist. Die weissen Elemente sind dabei bei Mutter und Kind wohl gleich stark vertreten.

11. Das kindliche Blut enthält deutlich mehr Lymphocyten, als das Blut Erwachsener; die Zahl der eosinophilen Zellen scheint auch etwas geringer zu sein.

12. Im 6. Monat ist dieses numerische Uebergewicht der Leukocyten noch deutlicher, dieselben werden wahrscheinlich in den letzten Monaten geringer.

13. Nach der Geburt nimmt die Zahl der weissen Blutkörperchen im Blute der Mutter (wenigstens bei denen, die das Kind nähren) in einigen Tagen deutlich ab.

Am Schlusse ihrer Arbeit sagen die Verff. unter anderen allgemeinen Betrachtungen: „Wenn man bedenkt, dass das kindliche Blut nur indirekt durch das mütterliche Blut oxydiert werden kann und dass es in Folge dessen relativ O-arm ist, so sieht man sofort, wie wichtig es für das Kind sein muss, in seinem Blute eine grosse Quantität roter Blutkörperchen und besonders Hämoglobin zu haben, um diesen Mangel zu compensieren." In der dem Vortrage folgenden Diskussion berichtet Dr. M. Murray über einige interessante, allerdings noch nicht vollendete, Untersuchungen, betreffend das spektroskopische Verhalten des mütterlichen und des kindlichen Blutes. Er habe gefunden, dass das kindliche Oxyhaemoglobin viel schwieriger mit den gewöhnlichen Mitteln zu reducieren sei als das mütterliche Oxyhaemaglobin. Diese Thatsache würde die O-Abgabe von einem Teil auf den anderen, durch eine höhere chemische Affinität auf Seiten des foetalen Haemoglobins erklären und spräche für eine verschiedene Zusammensetzung der beiden Haemoglobine.

9. Morphy: Coeliotomie bei Schwangerschaft. Verf. berichtet über 4 Fälle von Coeliotomie während der Schwangerschaft, die alle einen guten Verlauf nahmen.

Fall 1. 22 jährige Patientin, 1 mal geboren, Schwangerschaft im 3. Monat. Am 10. Februar 1895 Eröffnung des Abdomen und Entfernung einer Parovarialcyste, die „durch Stieldrehung ganz schwarz verfärbt" war. Die Bauchhöhle wurde ausgewaschen und geschlossen. Patientin kam am 4. September nieder, leichte Geburt, die für Mutter und Kind (Knabe) einen glatten Verlauf nahm.

Fall 2. 32 jährige Patientin, im 6. Monat schwanger. Am 20. April Eröffnung des Abdomens und Entfernung eines stark adhaerenten Tumors, der sich später als reines, ca. 700 g schweres Rundzellensarcom erwies. 24 Stunden nach der Operation traten Wehen auf; 10 Stunden darauf Geburt eines Knaben, der ca. 12 Stunden lebte. Glatter Verlauf.

Fall 3. 22 jährige Patientin, im 2. Monat schwanger. Links am Uterus fühlte man ein augenscheinlich adhaerentes Ovarium, das ihr viele Schmerzen machte. Während der Beobachtungszeit collabierte sie plötzlich. Da sich zugleich im Abdomen ein Flüssigkeitserguss nachweisen liess, wurde unverzüglich zur Coeliotomie geschritten und 600 g Blut aus der Bauchhöhle entfernt. Tuben und Ovarien fanden sich normal, „aber am rechten Ovarium war eine kleine blutende Stelle, von einer kleinen Adhäsion herrührend, die augenscheinlich das Ovarium im Douglas fixiert gehalten hatte, bis die Zunahme des Uterus dieselbe dehnte und schliesslich einige Stunden vor der Operation zum Zerreissen brachte". Um die blutende Stelle wurde eine Ligatur gelegt und das Abdomen geschlossen. Glatter Verlauf. Die Schwangerschaft verlief ungestört bis zum 9. Monat, wo sie nach einer plötzlichen Blutung beendigt wurde. Das Kind lebte.

Fall 4. 27 jährige Primapara, 2 Monate schwanger. Rechts ein hühnereigrosser, schmerzhafter Ovarialtumor. Am 29. August Ovariotomie. Glatter Verlauf. Nach einem Monat ging Patientin an die See. Hier zog sie sich eine schwere Bronchitis zu, die von einer Albuminurie mit beträchtlichen Oedemen der Beine gefolgt war. Am 15. Februar Geburt eines toten Kindes. Darauf verschwand die Albuminurie und befindet sich Pat. seit der Zeit völlig wohl. M. bemerkt, dass nach seiner Erfahrung in allgemeiner und Bauchchirurgie es sehr ungewöhnlich sei, dass eine bestehende Schwangerschaft durch die Vornahme einer Operation unterbrochen wird.

10. Berry: Zunahme der Zangengeburten. Verf. giebt statistische Mitteilungen über die Anwendung der Zange in seiner Praxis (B. ist pract. Arzt) während der letzten 20 Jahre. Dann citiert er die Statistik von Macfie Campbell in Liverpool, über welche dieser in der „The North of England Obstetr. a. Gynecolog. Society" im letzten Jahre berichtet hatte. Schliesslich benutzt B. noch die Zusammenstellung von Rumboll in Leeds, die von diesem in der sich an den Campbell'schen Vortrag anschliessenden Diskussion veröffentlicht wurde, und eine Publikation von Alexander in Wellington, New-Zeeland.

Berry's Statistik ist folgende:

In den ersten 10 Jahren der Praxis von 1875—1884 betrug die Zahl der beobachteten Geburten 1246, von diesen durch Zange beendet 203, lange Geburtsdauer (ohne Zange) 96 oder 1 Zange auf 6,133 Geburten, d. h. ca. 16 pCt. (Rechnet man die Fälle von langer Geburtsdauer mit, die event. Zangenfälle geworden wären, so ergiebt sich ein Verhältnis von 1 : 4,166, d. h. ca. 24 pCt.)

In den zweiten 10 Jahren der Praxis von 1886—1894 betrug die Zahl der beobachteten Geburten 829, von diesen durch Zange beendet: 133, lange Geburtsdauer (ohne Zange): 50, oder 1 Zange auf 6,333 Geburten. (Die Fälle von langer Geburtsdauer, wie oben mitgerechnet 1:4,475.)

M. Campbell wendete die Zange in 29 pCt. aller seiner Fälle an und zwar in 50 pCt. bei Nulliparen, in 20 pCt. bei Multiparen, d. h. er fand es bei jeder 2. Primipara ratsam, die Geburt auf instrumentellem

Wege zu beendigen, während er bei Multiparen die Zange nur in 1 von 5 Fällen anwendete.

Alle Fälle zusammengenommen, kam 1 „lange" Zange auf 4 „kurze" Zangen.

Totgeburten hatte C. 1 auf 31 oder $3^1/_4$ pCt. aller Geburten.

Von den Gebärenden starb in den letzten 180 Fällen keine.

Die mütterliche Sterblichkeit war im ganzen 1 auf 117, einschliesslich einer Geburt während eines Typhus und einen Fall von Blasenmole, wo in keinem Falle die Zange angelegt wurde. In seinen letzten Fällen findet er das Verhältnis der Zangengeburten grösser, nämlich 37 pCt.

Sein Verhalten bei der Geburt ist folgendes: „Wenn ich bei meiner Ankunft den Muttermund uneröffnet oder nur markstückgross finde, gehe ich wieder fort; ist der Muttermund weiter und zeigt Neigung sich noch mehr zu erweitern, sind ferner die Wehen regelmässig, so bleibe ich, gebe aber in diesem Stadium niemals oder doch so gut wie niemals Chloroform. Ist der Muttermund vollständig erweitert oder die Blase gesprungen, gebe ich Chloroform. Geht dann die Geburt normal weiter, mache ich nichts, wird sie verzögert, so lasse ich niemals eine Patientin länger als $1^1/_2$ Stunden in der Narkose, ohne die Geburt zu beenden. Mit Ausnahme der Fälle von Missverhältnis liegt die Ursache der Verzögerung unterhalb des Beckeneinganges oder am Perineum. Eine „kurze" Zange beseitigt dieselbe schnell und erhält die mütterlichen Kräfte. Ein frühzeitiges Eingreifen habe ich niemals bereut, aber oft ein Abwarten und häufig war ich sicher, ein Kind gerettet zu haben, das sonst tot geboren worden wäre. Das letztere ist natürlich nur eine Ansicht, die erst noch des Beweises bedarf. Niemals erlebte ich einen Dammriss, der eine Operation benötigt hätte. Als Regel lege ich sofort eine Katgut-Naht, wenn das Frenulum, welches stets oder doch nahezu stets bei Primiparen nachgiebt, bis über die Kommissur einreisst."

Campbell sagt dann weiter: „Wenn ich diese freie Anwendung instrumenteller Hülfe befürworte, so spreche ich zu Männern von Erfahrung und manueller Geschicklichkeit, Studenten und Anfänger habe ich nicht dabei im Sinne. Für den Ruf eines jungen Arztes wird es immer sehr unangenehm sein, wenn bei einem Zangenfall nicht alles glatt abgeht, zumal da nicht alle Lehrer diesen Standpunkt einnehmen. Ein solcher thut besser abzuwarten oder einen Kollegen zu Hülfe zu nehmen, bis er sich selbst unabhängig genug fühlt. Eine vorwitzige Geburtshülfe, wie wir sie noch gelehrt bekamen, ist entschieden schlecht, andererseits aber überliefert sie Dinge, die sie der Natur überlassen sollte, oft recht schlechten Händen."

Dr. Alexander (New Zealand Medical Journal; Auszug im Brit. Med. Journ. Oct. 6. 1894) hat von Jan. 1892—Mai 1894 170 Geburten beobachtet. In 65 Fällen wurde Chloroform gegeben und die Zange angelegt, d. h. in etwas mehr als 39 pCt. Er sagt, den Frauen würden viele Schmerzen erspart und dieselben erholten sich, da sie nicht erschöpft waren, bald wieder. A. glaubt, dass die Fragen wann Zange und ob Chloroform angewendet werden solle, wohl offene bleiben würden.

Welcher Brauch in einer Gegend herrsche, sei dabei von grossem Einflusse und der Arzt nicht immer für die Häufigkeit der Zangenextraktionen verantwortlich. So beständen in Wellington die Frauen auf vollständiger Narkose, so dass „sie schliesslich nichts mehr fühlten"; im Stadium der völligen Bewusstlosigkeit, müsse dann die Zange angelegt werden.

Dr. Rumboll in Leeds hatte 102 Geburten von 1892 bis Oktober 1894, von diesen waren 71 Multiparae und 31 Primiparae. In 91 Fällen wurde Chloroform gebraucht, 68 mal eines Eingriffes, 23 mal der Schmerzen wegen. In 68 Fällen wurde die Zange angelegt, bei 31 Primiparen 28 mal. Von diesen 68 bekamen 7 einen Dammriss, der jedesmal sofort mit Silkworm geschlossen wurde. Bei allen Heilung per primam Ein Dammriss bei einer Multipara heilte per secundam und erforderte noch eine Nachoperation. In 5 Fällen war das Kind vor der Ankunft des Arztes geboren. Von den 102 Fällen zeigten 6 eine Temperatur von über 37,7, bei 3 von diesen war das Kind geboren, bevor R. hinzukam, 1 war tot geboren und 2 waren Steisslagen. Sublimat wurde zur Desinfektion der Hände des Arztes und der äusseren Genitalien der Gebärenden benutzt.

Die Zange wurde in 5 pCt. Karbollösung getaucht und mit Karbol-Vaseline schlüpfrig gemacht. In den meisten Fällen wurde der Uterus mit abgekochtem sterilen Wasser ausgespült, niemals mit einem Antisepticum. Von 600 Gebärenden verlor R. eine.

Berry's Ansicht, die schon 1866 von Hardie in Manchester ausgesprochen wurde (s. Braithswaite's Rückblick) geht darauf hinaus, im Interesse von Mutter und Kind die Zangenextraktion zu machen, wenn die 2. Geburtsperiode 2 Stunden lang sich hinzieht. Er legt sich schliesslich die Fragen vor: Sind wir nicht fortgeschritten mit den Fortschrittlern und zu dem anderen Extrem gekommen? Handeln wir korrekt, wenn wir jetzt im Vertrauen auf die Antiseptica und auf uns selbst, Geburten in oben geschilderter Weise leicht machen und sobald wir zu einer Geburt gerufen werden, dieselbe mit Chloroform und Zange vollenden?

Wenn Campbells Warnungsruf nicht erklungen wäre, würde B. Wohl in seinen Enthusiasmus soweit gegangen sein, anzunehmen, dass für unsere geburtshülfliche Praxis schliesslich ein El Dorado entdeckt wäre, dass wir „Entbindungen, leicht und schmerzlos" ankündigen und dabei an die Arbeit gehen könnten, wann und wie es uns selbst passte. Der „Frau der Zukunft" könnte man dann das schöne Versprechen geben, dass sie sich das Prädikat „Mutter" von nun an ohne Gefahr und schmerzlos erwerben könne.

11. Fisher: Syphilitische Ansteckung im Wochenbett. Verf. berichtet über die Krankengeschichten (so weit dies möglich war) von 10 Frauen, die im Wochenbett durch dieselbe Hebamme inficiert waren. Diese hatte bei der Pflege einer Puella publica sich einen Primäraffekt an der Hand zugezogen. Alle Entbindungen fanden im Jahre 1882 statt, 6 im August, 3 im September und 1 im Oktober. Alle 10 Patientinnen zeigten Symptome von tertiärer Lues, in keinem Falle konnten anamnestisch Anhaltspunkte für hereditäre oder früher erworbene Lues gefunden werden. Die primären Symptome erschienen noch im Puerperium, von da an

suchte keiner der Fälle Hospitalbehandlung auf, bis (wie meistens) die tertiären Symptome sich entwickelten. Die Hebamme, welche die Natur des Geschwürs an ihrem Finger kannte, wurde zu 12 Monaten Zuchthaus verurteilt. (Der Process ist in Lancet vom 17. Febr. 1883 referiert.)

12. Maxwell. Inversio uteri. Tod.

Eine junge Primipara wurde von einem nicht ganz ausgetragenem Kinde morgens 5 Uhr durch eine Hebamme entbunden. Die Geburt ging sehr leicht von statten, die Wehen waren nur sehr gering, das Kind war in Steisslage. Da die Nachgeburt nicht ausgestossen wurde und keine Wehen oder Blutungen bestanden, bekümmerte sich die Hebamme zunächst um das Kind. Unterdessen kam die Nachgeburt zum Vorschein. Die Hebamme, welche in ihrer Praxis bereits einen Fall von Inversio uteri erlebt hatte, vermutete hier etwas Aehnliches und schickte zum Arzte, dieser traf um 6 Uhr morgens ein und fand eine vollständige Inversion des Uterus mit teilweise adhärenter Placenta. Er fand keine besonderen Schwierigkeiten diese zu lösen und den Uterus mit 3 Fingern zurück zu bringen. Der letztere war jedoch so weich und schlaff, dass er nicht durch die Bauchwand zu fühlen war. Der Arzt spülte die Scheide mit einer heissen Kreolin-Lösung aus und gab etwas Ergotin, Eier und Alcoholica, trotzdem trat nach einer Stunde der Exitus ein. Eine Haemorrhagie hat dabei nicht bestanden.

13. Champneys und Bowlby: Weitere Beobachtungen von brustdrüsen-ähnlichen Funktionen der Haut.

Die Arbeit ist der Auszug eines Vortrages, den die Verff. vor der Royal Medical und Chirurgical Society of London hielten und der in den Verhandlungen dieser Gesellschaft für 1895 ausführlich veröffentlicht wurde. Eine frühere Veröffentlichung der Verff. über dasselbe Thema findet sich in Bd. 69, p. 419 der Verhandlungen obiger Gesellschaft.

In drei verschiedenen Fällen wurden Knoten, die sich in der Haut von Wöchnerinnen gebildet hatten, mikroskopisch untersucht. Sie bestanden 1. aus bedeckender normaler Haut, 2. aus lockerem subcutanen Bindegewebe und Fett, 3. aus einer Anhäufung von Drüsen. Die Drüsen lagen in der Tiefe von normalen Schweissdrüsen und deutlich tiefer wie Talgdrüsen, die unverändert zu sehen waren; ihr Bau war ein tubulärer, die tieferen Partieen waren dabei vielfach aufgerollt. Die Ausführungsgänge der Drüsen verliefen gestreckt und mündeten zwischen den Papillen, sie waren dabei ausgekleidet mit 2—3 Lagen von polyedrischen Zellen, während die Auskleidung der unteren Teile der Drüsen aus Cylinderzellen bestand. Kurz, die Drüsen waren wie Schweissdrüsen, nur sassen sie etwas tiefer wie diese und zeigten eine grössere Unregelmässigkeit in Bau und Lage als die normalen Drüsen und waren von zahlreichen glatten Muskelfasern durchsetzt. Von derartigen Drüsen wurden die excidierten Knötchen gebildet. Mammagewebe oder irgend ein anderes Gewebe als das oben beschriebene war nicht nachweisbar. Das mikroskopische Bild hatte eine gewisse Aehnlichkeit mit der Beschreibung, welche Creighton von den Hautdrüsen der menschlichen Axilla macht. Die aus diesen Untersuchungen gezogenen Schlussfolgerungen sind: 1. die Knoten bestehen aus veränderten Schweissdrüsen. 2. Die Thatsache, dass verschiedene mammaähnliche Sekrete von veränderten Schweissdrüsen geliefert werden, scheint zu zeigen, dass entweder das Drüsengewebe der

Mamma nicht notwendig eine Abart von Talgdrüsengewebe zu sein braucht, oder aber, dass mammaähnliche Sekrete von mehr als einer Abart von Hautdrüsen gebildet werden können. Es mag an dieser Stelle daran erinnert werden, dass die Drüsen im Gehörgang, welche das Ohrenschmalz liefern, einen gewundenen-tubulären und nicht einen acinösen Bau haben.

14. G. B. Todd: Missbildung.

Nach Beschreibung der geburtshülflichen und anatomischen Besonderheiten dieses Falles, erwähnt T. eine in therapeutischer Hinsicht ganz interessante Beobachtung. „Zum Schluss habe ich noch in Bezug auf die Wirkung der Abführmittel eine höchst bemerkenswerte Thatsache festzustellen, welche die klassischen Versuche Rutherford's an Kaninchen etc. bestätigt, da ich in der Lage war, das freiliegende Mesenterium mit verschiedenen Abführmittel zu reizen und die peristaltische Wirkung derselben an dem Darme direkt zu beobachten. Ich habe 3 mal (das Kind lebte 15 Tage) zu verschiedener Zeit — 2 mal am 3. Tage und 1 mal am 5. Tage — mit einem feinen Kamelhaar-Pinsel eine geringe Quantität Ricinusoel auf das Netz gebracht. Ich fuhr dabei nur ganz oberflächlich über das letztere hin, trotzdem trat schon nach 5—7 Minuten Stuhlgang ein, ein Beweiss wie schnell die Bauchhöhle resorbiert."

15. Cory. Einfluss der Erblichkeit bei Zwillingsgeburten. Wie fast bei allen ererbten Anlagen kann auch die ererbte Neigung zu Zwillingsgeburten von der väterlichen oder von der mütterlichen Seite herstammen.

Von 17 Zwillingsgeburten waren in 13 Fällen oder in 76,47 pCt. durch die Anamnese nach dieser Richtung hin positive Aufschlüsse zu erbringen. In 8 Fällen (47 pCt.) rührte die Erblichkeit ausschliesslich von der mütterlichen Seite her, in 4 Fällen (23,53 pCt.) ausschliesslich von der väterlichen Seite, in 1 Fall (5,88 pCt.) von beiden Seiten und in 4 Fällen (23,53 pCt.) war das Resultat der Anamnese negativ. Stammt die erbliche Anlage vom Vater her, so scheinen, soweit diese Beobachtungen reichen, die Kinder stets demselben Geschlechte anzugehören.

16. Spencer: Geburt bei Einkeilung des Kindes.

Die Arbeit behandelt das operative Vorgehen, das man bei derartigen Fällen von Geburtshindernis einzuschlagen hat. Bei einer Gruppe von Fällen, in denen nach der Geburt des Kopfes die weitere Entwickelung des Kindes wegen einer Ausdehnung des kindlichen Abdomen durch Gase, Flüssigkeiten oder Vergrösserung von Leber oder Milz, gehemmt ist, sagt Sp.:

„Zug am kindlichen Kopfe zur Entwickelung des Rumpfes darf nur sehr vorsichtig und überlegt gemacht werden; die Anwendung grosser Gewalt kann Uterusruptur zur Folge haben. Bleibt ein vernünftig angewendeter Zug erfolglos, so kann es notwendig werden, die Breite der kindlichen Schultern zu verringern. Um dieses zu erreichen, habe ich es für ganz zweckmässig gefunden, die Claviculae des Kindes mit einer Scheere zu durchtrennen und dann, wenn notwendig, einen stumpfen Haken in die Axillae zu bringen, um die Arme herunter zu holen. Ist die Entwickelung auch dann noch unmöglich, kann man gezwungen sein, um mehr Raum zu gewinnen, den Kopf des Kindes zu entfernen. Es ist aber ratsam, vor der Decapitation den Hals des Kindes in einer

kräftigen Zange mit ineinandergreifendenden Zähnen zu fassen, um ein Zurückweichen des Foetus zu verhindern. In der Eröffnung des Thorax sehe ich für gewöhnlich keinen grossen Vorteil, die Stümpfe der Rippen sind ausserdem lästig. Die operierende Hand muss bis zum Abdomen eingeführt werden, welches mit der Scheere oder dem Perforatorium zu eröffnen ist." Bei einer zweiten Gruppe von Fällen, in welchen bei Querlagen, weil Wendung oder Decapitation unmöglich ist, die Embryotomie nötig wird, giebt Verf. folgenden Rat:

„Man mache eine Incision durch die Haut des kindlichen Rückens, durchschneide die Wirbelsäule mit der Scheere und lege dann Braxton Hicks's Kephalotriptor (dessen Löffelspitzen aneinanderstossen, wenn das Instrument geschlossen ist) seitlich an den Rumpf des Kindes und schraube das Instrument zu. Uebt man jetzt mit dem Kephalotryptor einen leichten Zug aus, so werden die Weichteile heruntergebracht und können mit der Scheere durchtrennt werden. Die Entwickelung der beiden Hälften des Kindes bietet dann keine Schwierigkeiten mehr."

17. Sequeira: Riss der Nabelschnur, während der Geburt.

S. wurde zu einer Geburt (Multipara) gerufen, fand bei vorliegendem Kopfe den Muttermund völlig erweitet, die Fruchtblase gespannt und vorgewölbt. Nach Sprengung derselben floss eine beträchtliche Menge Fruchtwasser ab und der Kopf stellte sich in zweiter Lage ein. Das Kind wurde in ca. 10 Minuten geboren, nachher floss nochmals reichlich Fruchtwasser ab. Die anfänglich bestehende Cyanose schwand schnell. S. war sehr erstaunt, die Nabelschnur des Kindes, augenscheinlich in der Nähe der Placenta abgerissen zu finden. Die Blutung war sehr gering, weil der Uterus gut kontrahiert war. S. wartete deshalb die Ausstossung der Placenta ab, die 15 Minuten später erfolgte. Bei der Untersuchung der letzteren fanden sich einige abgerissenen Gefässe, welche noch zeigten, wo die Nabelschnur inseriert gewesen war. Die letztere mass im ganzen 27 cm. Die Frau war während der Schwangerschaft wegen Glycosurie behandelt worden.

18. Snell: Retinitis albuminurica und Frühgeburt.

Albuminurie ist eine der ernstesten Komplikationen der Schwangerschaft. Nach der geburtshülflichen Seite hin betrachtet, zeigen Fälle mit Nierenkomplikationen eine grosse Neigung zur Eklampsie und deren zu häufig traurigen Ausgängen. Die Schwere derartiger Nierenkomplikationen wird aber noch durch die Beeinträchtigung der Sehkraft erhöht, die in einer gewissen Anzahl von Fällen besteht. Snell und Andere haben nachgewiesen, dass die Verbindung von Retinitis und Morbus Brigthii prognostisch für eine nur noch sehr kurze Lebensdauer, häufig nur noch von Monaten, spricht. Nach dieser Richtung hin ist die Schwangerschaftsalbuminurie prognostisch günstiger, doch sind die Ausgänge derselben, soweit die Sehfähigkeit in Frage kommt, entschieden recht ernste, Culberton hat die in der Litteratur beschriebenen Fälle von Retinitis albuminurica zusammengestellt und findet, dass in 23,33 pCt. völlige Blindheit eintrat, in 58,25 pCt. kam die Sehfähigkeit nur teilweise wieder und 18,54 pCt. erholten sich vollständig.

Die Erkrankung der Retina kann sich ungefähr zu jeder Zeit der Schwangerschaft zeigen, doch ist sie innerhalb der ersten 3 Monate selten.

Die Erscheinungen im Augenhintergrund sind gewöhnlich gut ausgesprochen, doch kann auch völliger oder teilweiser Verlust der Sehkraft bei absolut negativem ophthalmoskopischen Befunde bestehen. Andererseits entsprechen die schweren Veränderungen der Retina, welche uns der Augenspiegel zeigt, nicht immer den Klagen der Patientin über Abnahme der Sehkraft. Es ist deshalb ratsam, Schwangere, in deren Urin Eiweiss nachgewiesen wurde, von Zeit zu Zeit ophthalmoskopisch zu untersuchen.

Man hat häfig gefunden, dass nach der Geburt die gesunkene Sehkraft wieder zunahm und deshalb in derartigen Fällen die Frühgeburt empfohlen. Die Ausführung derselben lieferte ausgezeichnete Resultate, auch S. wandte sie verschiedentlich in seiner Praxis an. In der weiteren Besprechung macht der Verfasser einen Unterschied zwischen den Fällen, in welchen die retinalen Symptome in den früheren Monaten der Schwangerschaft und denen, wo sie erst gegen das Ende derselben auftreten. Bei den letzteren ist die Zeitdauer, in welcher sich das Leiden verschlimmern kann, mehr beschränkt und man kann es fast als Regel aufstellen, dass hier die Sehkraft weniger beeinträchtigt wird als da, wo die Retinitis frühzeitig auftrat. Snell fasst demnach seine Ansicht also zusammen:

1. In Fällen, wo Retinitis vor oder gegen den 6. Monat auftritt, sollte Frühgeburt eingeleitet werden.
2. Zeigt sich die Retinitis erst in den letzten Wochen, so kann die Einleitung der Frühgeburt unnötig sein, die Schwere des einzelnen Falles ist hier für die Indikation das Entscheidende.
3. Ist in der Schwangerschaft einmal Retinitis aufgetreten, so muss der Fall sehr sorgfältig auf die Gegenwart von Eiweiss im Urin und auf die Veränderungen im Auge beobachtet werden. Der Befund dieser Untersuchungen entscheidet über die Behandlung.

19. Cameron. Myome im schwangeren Uterus. Totalexstirpation.

Der Fall bietet ein besonderes Interesse wegen der sehr schnellen Entwickelung der Tumoren in der Schwangerschaft und des fast völligen Verschlusses des Geburtskanales durch dieselben. Patientin ist 36 Jahre alt, zum 2. Mal verheiratet, Nullipara, hat nicht abortiert, war stets gesund. Vor ca. 8 Jahren bemerkte sie zufällig in der rechten Regio iliaca eine hühnereigrosse Geschwulst, die ihr aber keine Beschwerden machte. Die Geschwulst änderte sich 8 Jahre hindurch nicht, erst mit dem Eintritt der Schwangerschaft begann sie zu wachsen und zwar so schnell, dass der Bauch schon im 5. Monate der Schwangerschaft einen Umfang wie am Ende der Schwangerschaft aufwies (96 cm in Nabelhöhe). Die Vaginal-Untersuchung ergab, dass das ganze kleine Becken mit einer harten Masse so fest ausgefüllt war, dass man den Zeigefinger kaum in die Vagina bringen konnte. Der Muttermund war nicht zu erreichen.

Nach Eröffnung des Bauches fand sich ein grosser unregelmässiger Tumor, dessen linke Hälfte von einem interstitiellen Myom und dessen rechte Hälfte von dem vergrösserten Uterus gebildet wurde. Ausserdem fanden sich an der oberen und hinteren Uteruswand noch verschiedene

subseröse Myome von Wallnuss- bis Orangengrösse. Nach Durchtrennung der vorderen Uteruswand wurde der 5 Monate alte Foetus mit der Placenta entfernt. Dann wurde möglichst nahe an der Cervix eine elastische Ligatur um den Uterus und die Tumoren gelegt und die ganze Masse abgetragen. Die Art. uter. und Art. sperm. wurden unterbunden, sodann Ovarien, Tuben entfernt. Die Cervix wurde aus ihren Verbindungen gelöst und das Peritoneum rundum mit Catgut an die Scheidenschleimhaut genäht und die Ligaturfäden in die Vagina herabgezogen. Das Gewicht der entfernten Masse betrug ca. 10 kg. Glatte Heilung.

20. Steele: Erysipelas neonatorum, behandelt mit Antistreptokokken-Serum.

Ein 3 Monate altes Kind zeigte am 4. Oktober 1895 eine dunkle Röte, die sich vom Nabel aus über die Regiones hypogastricae und iliacae, über das Gesäss und den oberen Teil der Oberschenkel ausbreitete. Penis und Scrotum waren ebenfalls von der Rötung ergriffen. Oberhalb des Pubes war die Haut mehr purpurrot, auf Druck blieben hier deutliche Fingereindrücke zurück. Der Nabel selbst war noch nicht verheilt. Temp. 39,3, Puls 150. Injektionen von 6 ccm des Ruffer u. Robertsonschen Serum zwischen die Schulterblätter.

Am 5. Oktober war die Temperatur 38,4. Die Rötung war nicht fortgeschritten, sie hatte aber ihren scharfen Rand verloren und die Haut war nicht so gespannt. Abermalige Injektion von 6 ccm Serum.

Am 6. Oktober war die Rötung deutlich abgeblasst und in der ergriffenen Haut traten bereits Flecke von normaler Färbung auf. Temperatur 37,8. Befinden erheblich besser.

Am 8. Oktober befand sich das Kind wohl, doch es erschien am linken Oberschenkel ein frischer roter Fleck, und das Scrotum zeigte an einer Stelle eine oberflächliche Nekrose. Nochmals Injektion von 5 ccm.

Am 13. Oktober war das Kind bis auf die nekrotische Partie am Scrotum völlig wieder hergestellt. Auch diese stiess sich langsam ab und verheilte wieder. Am 25. Oktober war die Heilung beendet. S. hat in seiner Praxis am Plaistow Matern. Charity Hospital eine grosse Anzahl Fälle von Erysipelas neonatorum gesehen, sah aber niemals einen Fall durchkommen, der sich in einem so vorgerückten Stadium befand, wie der vorliegende. S. hält die Heilung in diesem Fall für eine Folge des Antistreptokokken-Serum. Eine andere Behandlung war nicht eingeleitet.

21. Kerr: Gekochte Milch.

Milch besteht aus einer Menge von Zellen, die in Serum suspendiert sind. Alle Zellen, mit Ausnahme der „Fettkörperchen", sind lebende Zellen in der Art der weissen Blutkörperchen. Dieselben behalten ihre Lebensfähigkeit noch ziemlich lange, nachdem die Milch die Brustdrüse verlassen hat. Milch ist auch nach einigen Tagen noch vollständig süss, hat aber einen ganz anderen Geschmack und ein anderes Aussehen durch das Absterben der den weissen Blutkörperchen ähnlichen Zellen.

K. ist der Ansicht, dass nach dem Genuss von frischer Milch die lebenden Zellen sofort ohne irgend einen Verdauungsprozess resorbiert würden, in den Blutstrom gelangten und zum Aufbau der Gewebe Ver-

wendung fänden. Ebenso soll Serum-Albumin durch Osmose resorbiert werden.

Durch das Kochen der Milch würden alle lebenden Zellen zum Absterben und alle Eiweiss-Bestandteile zum Gerinnen gebracht. So müssten denn nunmehr alle Bestandteile der Milch vor der Resorption zunächst einem Verdauungsprozess unterworfen werden. Weil also nach dem Kochen die Zellen der frischen Milch nicht als lebendes Protoplasma in den Blutkreislauf direkt hineingerieten, fände durch dasselbe ein gewisser Verlust in der Ausnutzung der Milch statt. (Diese Erwägungen stützen sich weder auf Versuche noch auf irgend welche Beweise. Anm. d. Ref.)

(Nach dem englischen Referat übersetzt von Eickenbusch, Leipzig).

III. Neuere französische Arbeiten über die Pathologie und Therapie der Myome.

Von

Dr. E. M. SIMONS

in Berlin.

1. H. Hartmann und R. Mignot. Note sur la suppuration gangréneuse des Fibromes indépendants de la cavité utérine. Annales de Gynécologie etc. Juni 1896.
2. Jouin. D'une nouvelle thérapeutique médicale des fibromes utérins Archives de gynécologie etc. Mai 1896.
3. Lévy. Essai théorique et clinique sur le traitement galvanique des fibromyomes de l'utérus. Thèse de Paris 1895.
4. L. R. Regnier. Indications et Technique du traitement électrique des fibromes utérins. Annales de Gyn. Juni 1896.
5. G. Houzel (Boulogne s. M.). Fibromes et Hystérectomie. Annales de Gynécol. etc. April und Mai 1896.

(1) Ein klinisch sowohl wie besonders pathologisch sehr interessanter, von Terrier operierter Fall giebt Verff. die Veranlassung zu ihrer Arbeit. Die Ansicht, dass die Entzündung und Vereiterung eines interstitiellen Myomes — resp. seiner Kapsel ausser durch eine Infektion von aussen her auf den Boden einer primären Necrotisierung, einer Mortifikation des Fibromes selbst entstehen könne, scheint H. u. M. nicht recht begreiflich. Vielmehr bringt sie die Untersuchung des einen Falles zu der Ueberzeugung, dass Vereiterung und Mortifikation, wie die gangränescierende Entzündung zunächst der Kapsel, dann des Fibromes selbst durch die Wirksamkeit eines speziellen Mikroben verursacht werden.

Die 46 jährige Patientin seit dem 14. Jahre sehr profus, bis zu 8 Tagen dauernd, doch regelmässig menstruiert, trägt seit 10—15 Jahren ein Uterusgewächs, welches nur sehr langsam an Umfang zugenommen und keine subjektiven Beschwerden verursacht hat. Seit 8 Tagen bestehendes Fieber führt sie zum Krankenhaus. In leichter Operation wird die

mannskopfgrosse Geschwulst entfernt. Abends stirbt Pat. an Erschöpfung. Autopsie ergiebt nichts. Der Tumor besteht aus einer ganzen Anzahl grösserer und kleinerer, unter sich abgeschnürter Knoten. Einzelne, im Inneren weiss und hart, sind von einer grünlich gefärbten Zone umgeben, genau von der Farbe der Leichenfäulniss. Die putrificierten Stellen findet man entlang den zwischen die Knoten tief eintauchenden Kapselteilen. Andere Knoten zeigen ähnliche Entartung in mehr vorgeschrittenem Stadium, nämlich flüssigen und krümeligen Eiter. Ein Fibrom endlich ist in eine jauchige Höhle verwandelt. Die ergriffenen Geschwulstmassen verbreiten einen ekelhaften Geruch. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt die typischen Charaktere der mehr weniger vollständigen Nekrose ohne eigentliche Entzündung (fast nirgends kleinzellige Infiltration). In der Nachbarschaft der Uterusschleimhaut echte Entzündung. Des Genaueren ergeben die Schnitte Abplattung der Epithelien mit Ausnahme derjenigen in den Drüsenschläuchen. Lymphangoitis im Stratum submucosum, gesteigert zu diffuser Eiterung in den zelligen Abschnitten der Kapsel. Necrose des Fibromgewebes, anscheinend beginnend im Centrum der Knollen. Untersuchung des Eiters ergiebt in grosser Menge kurze, dicke, oft zu zweien mit den Querschnitten aneinandergelagerte Bazillen, die mit allen Anilinfarben gut färbbar, sich aber äusserst leicht wieder entfärben, aërob nicht wachsen. Die anaërobe Gelatinekultur ergiebt entlang dem Stiche einen weissen, kleine mehltauähnliche Spitzen aussendenden Streifen. Die Gelatine wird nicht verflüssigt. Die Bouillon-Kultur verändert sich sehr schnell und verbreitet denselben ekelhaften Geruch wie das verjauchte Myom. Auf Agar wächst der Bacillus bei 37 Gr. im Brutofen nur sehr ärmlich.

Die geplanten Tierversuche mussten leider unterbleiben, weil bei Verabsäumung einer zeitigen Wieder- bez. Ueberimpfung die Kultur zu Grunde ging.

Dieser Bakterienbefund verdient bei der Spärlichkeit der bisher veröffentlichten bakteriellen Studien auf dem Gebiete der Uterusmyome (es wurden einmal Bakterium coli, ein anderes mal Mikrokokkenhaufen gefunden) — unser volles Interesse. Verff. schreiben dem anaëroben Bacillus, den sie übrigens in geringer Anzahl auch auf der Uterusschleimhaut fanden, die Ursache für die Verjauchung der Myome zu. Sie fanden ihn ferner in einer vereiterten Vaginalcyste, in einem peritonitischen, von den Adnexen ausgehenden Eiterherde, Dr. Dujon endlich fand ihn, vergesellschaftet mit dem Streptococcus in einem Abscesse der Bartholinischen Drüse.

Für ihren Fall nehmen Verff. also Infektion der Myomknoten durch den betreffenden Bacillus von der Mucosa aus auf dem Wege der Lymphbahnen an.

Die neueren französischen Arbeiten auf dem Gebiete der Myomtherapie bieten dem Fachgenossen insofern eine angenehme Abwechselung, als sie sich grossentheils auf nicht chirurgischen Bahnen bewegen und besonders ausführlich über die verschiedenen Elektrisierungsmethoden handeln, die sich in Deutschland, — so scheint es —, nur äusserst langsam Bürgerrecht erwerben können. —

Etwas verwunderlich liest sich der Bericht (2) von Jouin über die Anwendung des Extraktes der Schilddrüse gegen Uterusfibromyome. Die Fälle sind kurz folgende: Seit 3 Jahren bestehendes Myom bei einer (wie alten?) Frau wächst dermassen, dass im Juni 1894 die Radikaloperation, Hysterektomie per Laparotomiam von einem Chirurgen in Vorschlag gebracht wurde. Sehr profuse Blutungen! Tumor von der Grösse eines 6—7 Monate schwangeren Uterus. Da aus äusseren Gründen die Operation verschoben werden muss, so lässt J. die sehr heruntergkommene Pat. vorher eine Kur in Biarritz nehmen. Nach der Rückkehr aus dem Seebade Allgemeinbefinden sehr gebessert. Tumor ein wenig kleiner. Nunmehr wird auf den Rat eines Kollegen, übrigens eines unbedingten Anhängers und Schülers von Brown-Séquard, 6 Monate hindurch Thyreoidealextrakt verabfolgt; — auf Grund welcher theoretischen Ueberlegung, ist nicht genügend hervorgehoben, aber wohl in bewusster Analogie zu der Anwendung desselben Mittels gegen Fettsucht, wie sie vielfach mit Erfolg empfohlen worden ist. Unter verschiedenen Vorwänden wird bei zunehmender Besserung des Kräftezustandes die Operation hinausgeschoben. Im April dieses Jahres ergab die erneute Untersuchung, dass der Tumor fast ganz geschwunden war, kaum die Symphyse überragte. Menstruation normal; die funktionellen Symptome: Schmerzen, Gefühl von Schwere im Unterleibe, Beschwerden beim Gehen fast gänzlich geschwunden.

Durch diesen überraschenden Erfolg ermuntert hat J. dann noch weitere 5 Fälle in gleicher Weise behandelt. Die Frauen litten an faust- bis kinderkopfgrossen Myomen, an Meno- oder zumeist Metrorrhagien, Schmerzen etc. Nur bei zweien ist das Alter angegeben: 40 und 46 Jahre.

Gerade bei diesen spricht J. von Erfolgen. Der 3. Fall blieb unbeeinflusst durch die Therapie. 2 andere endlich erlauben wegen der zu kurzen Zeit der Behandlung noch keine Rückschlüsse.

In erster Linie, glaubt J., bewirkte das Thyreoidin Besserung der Menorrhagien, bei der ersten Patientin auch eine merkliche Verkleinerung des fibrösen Tumors. Seinen eignen Einwänden, dass bei der an erster Stelle erwähnten Patientin wohl die Seebäder die günstige Aenderung hervorgerufen, bei den anderen Suggestion die Verhinderung der Menstruationsblutung bewirkt haben können, bliebe noch hinzuzufügen das an die klimakterische Grenze heranreichende Alter der beiden letzten Patientinnen, ein Alter, in welchem sehr mannigfaltige Unregelmässigkeiten in der Menstruation vorkommen.

Die Möglichkeit von physiologischen Beziehungen zwischen Schilddrüse und Genitalsystem sucht J. auf die bekannten Beziehungen der Basedow'schen Krankheit zu Uteruskranken zu gründen.

Gewisse Analogien zu seinen Beoachtungen findet J. in den Experimenten von Hoffmeister, der bei jungen, der Schilddrüse beraubten Tieren, bei Männchen eine funktionelle Abnahme der Testikel, bei Weibchen solitäre follikuläre Hypertrophie oder allgemeine follikuläre Atrophie der Ovarien beobachtet hat. Ferner erwähnt er einen Fall von Horsley, wo bei Myxoedem die seit einem Jahre verschwundenen Menses durch Implantation von Thyreoidea wieder auftraten; und einen andere (Mer-

klen und Walther), wo durch dasselbe Mittel bei Myxoedem umgekehrt Metrorrhagien sofort beseitigt wurden (!).

Zur Erklärung der therapeutischen Wirksamkeit des Thyreoidins in der geschilderten Richtung wirft J. die hypothetische Frage auf, ob die Bauart der Kropfgeschwülste nicht mit derjenigen der Uterusfibrome auf eine Stufe gestellt und so der Parallelismus der Wirkung des Thyreoidins auf beide Neubildungen erklärt werden könne. Oder ferner: ob nicht der Saft der „Thyreoidea" von direkt wirksamem Einflusse auf das Genitalsystem sein könne. Was die Form des angewendeten Mittels betrifft, so hat J. bisher das trockene Extrakt benutzt, will aber in Zukunft das Glyzerinextrakt subcutan verwenden. Ohne uns auf eine nähere Kritik der Theorie dieses Verfahrens bei Uterusmyomen einzulassen, möchten wir derartige Versuche nur mit Vorsicht und äusserster Skepsis, selbst bei objektiver Beobachtung, zur Nachahmung empfehlen.

(3) In einer vortrefflichen, 176 Seiten umfassenden Monographie, die als Inauguraldissertation das Niveau des in solchen gemeiniglich Geleisteten bedeutend überragt, giebt Lévy eine ausführliche Darstellung der Elektrotherapie bei Uterusmyomen. Zunächst stellt L. die bekannten Thatsachen über Histologie, Systematisierung, Symptomatologie zusammen. Dann hebt er die Vorzüge des konstanten Stromes hervor; derselbe wirke intensiver und ist geeignet, ohne Belästigung der betreffenden Patientin, derselben eine grosse Menge Elektrizität zuzuführen; er bespricht ferner die grosse Spannung und die leichte quantitative Regulierbarkeit des konstanten Stromes. Die Art seiner Wirkung sei a) eine chemische, b) eine physikalische, c) eine antiseptische. L. geht auf die elektrolytische Wirkung des Stromes, und zwar, rückgreifend auf Arbeiten von Borel und Weiss, speziell auf die Eiweiss-Verbindungen, auf das Blut, die Muskeln näher ein.

Von den physikalischen Wirkungsmitteln des konstanten Stromes bespricht L. ausführlich die durch den Strom erzeugte Wärme, dann in einem besonderen Abschnitte, die mechanische Fortbewegung von Flüssigkeiten oder leichten corpusculären Elementen durch den Strom. Ueber die Richtung dieser durch den konstanten Strom in Bewegung gesetzten Materie, ob mit der Stromrichtung gleichsinnig oder ihr entgegengesetzt, gehen die Ansichten der Autoren auseinander. Nach Lévy scheint dieses Verhältnis für verschiedenartige Materie auch verschieden zu sein. Was die dritte, die antiseptische Wirkung angeht, so besitzt lediglich der positive Pol, wenn überhaupt, nur in äusserst geringem Grade eine keimtödtende Wirkung.

Bei der Betrachtung über die übrigens sehr variierende Stärke der Widerstände, die der menschliche Körper als schlechter Leiter dem Strome bietet, — nach Gariel soll sie bei Uebergang von der Epidermis durch den Körper wieder zur Epidermis eventuell bis zu 30 000 Ohm (!) steigen können — ist wichtig, dass dieselbe bei dem Uebergang von Epidermis zu Schleimhaut bis auf 400, ja auf 300 Ohm herabgehen kann, ein Verhalten, wie es gerade bei intrauteriner Anwendung gegeben ist. Von den verschiedenen Gewebsarten leitet (nach Eckardt) am besten der Muskel, am schlechtesten der Knochen. Dem von Eckardt aufgestellten Gesetze: die Widerstände der Gewebe stehen im um-

gekehrten Verhältnisse zu ihrem Feuchtigkeitsgehalte, hat Doumer den Satz gegenübergestellt: „Die elektrische Leitungsfähigkeit der Gewebe ändert sich in demselben Sinne wie ihr Feuchtigkeitsgehalt.“ Aber es bestehen auch Verschiedenheiten der Leitungsstärke in ein und demselben Gewebe. So leitet der Muskel der Länge nach 9 mal besser als in der Querrichtung; ähnlich der Nerv u. s. w.

Die regellose Verschiedenheit der Leitungsstärke eines aus den verschiedensten Geweben zusammengesetzten Körpers erklärt L. durch die Thatsache, dass, analog den Verhältnissen bei dem Lichte, bei dem Uebergang von einem zu einem andern Leiter ein Teil der Elektrizität reflektiert und diffundiert werde.

Nachdem L. dann das bekannte umgekehrte Verhältnis der Intensität des Stromes zu seiner Extensität, will sagen, der grösseren Fläche des angegriffenen Gewebes erwähnt hat, beleuchtet er das Entstehen und die Wirkungsweise der Polarisationsströme, Erörterungen, die sich unmöglich in einem kurzen Referate zusammenfassen lassen; nur die selbstverständlich geringere Stärke des Polarisationsstromes sei hervorgehoben. Was die Wärmeverschiebung in dem Gewebe unter dem Einfluss des konstanten Stromes angeht, so findet in der Nähe der Pole, wahrscheinlich auch in dem ganzen Volumen des eingeschalteten Leiters eine Temperaturerhöhung statt Diese Veränderungen sind aber der Regulierung des Nervensystems direkt, ferner der Blutcirkulation und der Wärmeleitungsfähigkeit der Gewebe indirekt unterworfen.

L. bespricht sodann nochmals die Art der Einwirkung des Stromes auf die einzelnen Gewebe Die Muskelfasern werden in erster Linie zu Kontraktionen, dann aber auch zu gesteigerter Lebensthätigkeit veranlasst, Bindegewebselemente bleiben als solche so gut wie unbeeinflusst. Auf die Besprechung des Instrumentarium und der eigentlichen Technik gehen wir nicht näher ein. Bei Blutungen soll die Anode des aktiven Pols wirken; bei fungöser Endometritis, bei Ulcerationen etc. soll der negative Pol nicht an oder in die Gebärmutter, sondern nur in die Vagina geführt werden. Rührt die Blutung aber von einer örtlichen Schleimhauterkrankung her, dann — positiver Pol.

Der klinische Teil bringt sehr interessante Beobachtungen mit zahlreichen Krankengeschichten etc.

In der ausführlichen Zusammenfassung aller wichtigen Gesichtspunkte der Arbeit warnt Lévy im Abschnitt Diagnose bei starker spontaner Kontraktilität, namentlich der teleangiektatischen Myome, der galvanischen Behandlung eine Wirkung zuzuschreiben, die ihr hier oft nicht zukommt.

Der galvanische Strom kann die Fibromyome verändern und zwar unterscheidet L.:

1. Aenderung der Gewebselemente des Tumors selbst,
2. Aenderung der von ihm verursachten Symptome.

Wie vorhin bereits bemerkt, beruht die Mortifikation des Tumors auf dem Einflusse der Elektrizität auf die aktiven Elemente, die Muskelfasern. Oft bleibt dann ein Tumorrest aus fibrösen Massen zurück, oft auch schwindet die Neubildung vollständig. Der Einfluss der elektrischen Behandlung auf dieses völlige Verschwinden ist wohl nur ein indirekter, indem sie dieselben Phänome hervorruft, die auch bei völlig spontanem Zurückgehen des Tumors ohne vorhergegangene Behandlung statthaben.

Der Strom verursacht eine Verkleinerung der Tumormasse und zwar in der Weise, dass er Flüssigkeit und kleinere mehr lockere corpuskuläre Elemente in dem Tumor selbst und in seiner Umgebung zum Schwinden bringt. Indirekt schwinden dann auch die secundären Symptome, wie Blasen- und Darmbeschwerden.

Durch den elektrischen Strom soll ein interstitielles Myom in ein subseröses bez. submucöses verwandelt werden können und damit soll es den günstigen Aussichten einer Spontanheilung, d. h. der spontanen Ausstossung oder der leichten chirurgischen Abtragung teilhaftig werden.

Die beruhigende Wirkung des konstanten Stromes auf das Nervensystem vermag die sympathischen Symptome zum Verschwinden zu bringen oder mindestens sie zu vermindern; hierher gehören z. B. entferntere Neuralgien, Herzklopfen, gewisse Formen von reflektorischem Asthma, gewisse Formen von Hämorrhagien.

Durch die örtliche Einwirkung des positiven Poles schwinden sehr oft auch Metrorrhagien, die durch eine direkte Erkrankung der Uterusschleimhaut verursacht sind.

Um die muskulären Elemente des Tumors zum Schwund zu bringen, bedarf es möglichst starker Ströme.

Die in den Uterus eingelegte Sonde (Elektrode) muss dessen ganze Höhle durchdringen. Die Stromstärke sei im Mittel 150 Milliampères während 7—8 Minuten. Der intrauterine Pol soll am besten aus einem zusammengesetzten Metall und zwar aus einer kupferhaltigen Mischung bestehen; da mit ihnen unter dem Einflusse der Säuren ein Kupfersalz frei werde, welches, durch den Strom in das benachbarte Gewebe getragen, dasselbe für die Wucherung der septischen Keime empfänglicher mache (?).

Wenn sich am negativen Pole stärkere Schorfe ansetzen und hierdurch mehr weniger schwere Störungen in der Technik hervorgerufen werden, so solle man ausnahmsweise einmal den positiven Pol als den aktiven anwenden.

Will man oder kann man nicht das Myom zerstörend mit den starken Strömen bearbeiten, muss man sich also vorerst auf die symptomatische Behandlung beschränken, so ist man genötigt, die Technik zu ändern; man beschickt dann den Tumor mit diffuseren Strömen, die deutlich schwächer und weniger geeignet sind definitive Resultate zu erzielen. Immerhin macht sich auch dann eine sehr rege Uebertragung der beweglichen Elemente (Fettkörperchen, Blut etc.) in der Richtung gegen den einen oder anderen Pol geltend. Diese Elemente werden dann durch die allgemeine Cirkulation fortgetragen. Es erfolgt eine vorübergehende, aber schnell eintretende Volumenänderung des Tumors.

Diese vorgängige Behandlung mit weniger starken Strömen wird die spätere kräftigere Anwendung gegen die lebenden Muskelelemente sehr erleichtern. In erster Linie angezeigt sind solche diffuseren Stromapplikationen dann, wenn die zur Behandlung überhaupt veranlassenden Symptome deutlich durch Umfang der Geschwulst hervorgerufen werden, also z. B. bei Kompressionserscheinungen.

Wenn die hauptsächlichen Beschwerden des Myoms durch reflektorisch ausgelöste Erscheinungen verursacht werden — Lumbal-, Intercostal-, Mamma-, Gesichtsneuralgien, Schwindelanfälle, gleichviel, ob inner-

halb oder ausserhalb der Menstruationszeit, so ist die vorläufige Behandlung mit diffusen Strömen, die leichter zu den sympathischen Centren hingelangt, sogar geboten.

Eine weitere Indikation für diese „diffusen" Ströme bilden Gebärmutterblutungen, die während der galvanischen Intrauterinbehandlung entstanden, von allen Zeichen einer Endometritis begleitet, selbst längerer Behandlung mit der dünnen elektrischen Sonde oder den kurzen dicken Kohleelektroden getrotzt haben.

Endlich macht L. technische Bemerkungen für die Anwendung dieses schwachen, diffusen Stromes, z. B. die in die Cervix gelegte Elektrode mit einem guten feuchten Leiter, nassem Schwamm oder nasser Watte etc. in der Vagina zu umgeben, so dass das Collum bis hinauf in das hintere Gewölbe davon völlig umgeben ist. Die Stromstärke bei diesen „diffusen" Strömen soll im Mittel 80 Milliampères betragen, jede Sitzung 12—15 Minuten dauern.

Stromwendungen sollen gänzlich vermieden werden, da sie die Einwirkung auf die Muskelelemente mehr weniger völlig hintanhalten.

(4) Nach Regnier geben Komplikationen von gewöhnlichen Cysten, Blutcysten und eitrigen Erkrankungen der Adnexa eine Kontraindikation ab gegen die elektrische Behandlung der Fibrome.

Bei bestehendem Zweifel trotz eventueller Narkoseuntersuchung empfiehlt R. einen schwachen, konstanten Strom bis zu 50 Milliampères auch als diagnostisches Hilfsmittel anzuwenden. Wenn dann nämlich heftige Schmerzen und abendliche Temperaturerhöhung einträten, so beständen sicher Komplikationen von Seiten der Adnexe und dann müsse an die Stelle der elektrischen Behandlung die chirurgische treten. Die Operation sei überhaupt indiciert, wenn das Fibrom von Hydrorrhoe begleitet sei; denn die Elektrizität vermindere nicht nur weder die Flüssigkeit noch das Volumen des Tumors, sondern sie vermehre sogar die Schmerzen und die Hydrorrhoe, indem sie Kontraktionen des Uterus hervorrufe. Uebrigens seien die wasserreichen Fibrome meist gestielt und solche müssten auf alle Fälle entfernt werden, falls sie schwere Erscheinungen des Allgemeinzustandes, oder solche durch Kompression der benachbarten Organe hervorrufen wie Ascites, Hydronephrose, Darmocclusion.

Hingegen trete die elektrische Behandlung in ihr Recht stets, wenn ein Fibrom — sei es nun mit Metrorrhagien kompliciert oder nicht — bei gesunden Adnexen bestehe, oder wenigstens selbst sicher keinen auf Entzündung verdächtigen Eiter- oder Blutheerd enthalte. Die elektrische Behandlung sei bei den mit Blutungen komplicierten Fällen den palliativen Operationen, Curettement, Castration, die keine endgiltigen Resultate gäben, vorzuziehen. Die Radikaloperation sei indiziert bei 3 Arten von komplicierenden Blutungen. 1. bei jenen grossen voluminösen interstitiellen Fibromen, in denen grosse ausgedehnte Blutgefässe sich breit in eine atrophisch degenerierte Uterusschleimhaut öffnen. 2. wenn die Blutung beruht auf der Gegenwart eines gestielten, ganz in die Uterushöhle eingeschlossenen Fibromes.

Hinwieder sei die elektrische Behandlung geboten 1. bei kleinen Tumoren, die aber gross genug sind, um Störungen beim Gehen, beim Urinieren, Schmerzen, Gefühl von Schwere im Leibe, Verstopfung hervor-

zurufen, 2. in den Fällen von sehr grossen und selbst multiplen Myomen, bei gesunden Adnexen. Für diese Art der Tumoren sei die Operation eine zu schwere und oft tötliche. Genügend lange fortgesetzte elektrische Behandlung beseitige die Blutung, verkleinere aber auch den Tumor soweit genügend, dass die Schmerzen und Beschwerden behoben werden können zumal bei bessersituierten Frauen, die in der Lage seien, sich zu schonen. Die beste Prognose für eine, selbst nur kurze Zeit fortgesetzte elektrische Behandlung gäben die weichen Myome, indem schnell eine Nekrose herbeigeführt werde. Besonders wichtig grade bei diesen weichen Fibromen sei die peinlichste Antiseptik während der Kur. Harte Myome widerstünden weit stärker wegen ihres Mangels an Gefässen. Die elektrische Widerstandskraft der weichen oder halbfesten Fibrome variiere zwischen 60 und 100 Ohm, diejenige der sehr harten Fibrome betrage mindestens 100—300 Ohm. Wolle man bei letzteren einen Erfolg erzielen, so müsse man einen Strom von 150—200 Milliampères anwenden in sehr zahlreichen, bis 80 Sitzungen, die aber nur 3—5 Minuten währen und 3 mal wöchentlich wiederholt werden sollten; und zwar solle man in diesen Fällen den negativen Pol anwenden.

Der Erfolg sei verschieden je nach dem Sitz des Tumors. Rage er in die Uterushöhle hinein, so sei die intra-uterine galvano-chemische Kauterisation indiciert, wodurch Austreibung, Resorption oder Atrophie des Tumors bewirkt werde. Bei grossen intramuralen Myomen wirke der elektrische Strom günstiger als die Hysterektomie. Am wenigsten der elektrischen Behandlung zugänglich seien natürlich die subserösen Myome; immerhin aber könnten auch bei diesen die begleitenden Symptome beseitigt werden.

Als Gründe für die Misserfolge in der Myomtherapie überhaupt nennt Verf. Unwissenheit, Ungeschicklichkeit, Aengstlichkeit, oder wieder zu grosse Kühnheit des „Operateurs." Mangel an Asepsis bez. Antisepsis, zu häufige Sitzungen, Bestand von nicht erkannten Adnexerkrankungen, Nichtbeobachtung einer mehrstündigen Bettruhe nach der Sitzung.

Die Methode sei oft langwierig, jedoch stets günstig; wenn sie auch nicht immer die Tumoren beseitige, so behebe sie doch die Beschwerden; das chirurgische Vorgehen biete keineswegs diese Sicherheit.

Am besten sei der konstante Strom. R. unterscheidet 2 Arten seiner Anwendung, die „Galvanocaustique chimique" und die „Galvanopunktur." In allen Fällen, wo die Elektrode in die Uterushöhle eindringen kann und es sich um submucöse oder intramurale Myome handelt, sei die chemische Galvanokaustik am Platze; könne man aber nicht mit dem Metallinstrument in das Uterusinnere hineingelangen, so trete die Galvanopunktur in ihr Recht, also besonders bei subserösen Myomen die nahe genug der Vagina lägen, um direkt 2—3 cm tief in sie eindringen zu können oder auch, falls die Knollen zu weit vom Cavum uteri entfernt liegen, als dass der elektrische Strom (chemische Galvanokaustik) mit seiner Wirkung sie auf diesem Wege erreichen könnte. Uebrigens dürften diese Verhältnisse entsprechend der grossen Seltenheit der subserösen und dabei an der Basis des Ligamentum latum gelegenen Myome sehr selten sein.

Die chemisch-galvanokaustische Anwendungsform sei hingegen angebracht in Fällen, bei denen weder Metro- noch Menorrhagien, aber Unbehagen und Schmerzen beständen. Die möglichst weit in die Uterushöhle eingeführte Platinelektrode — auch in ihrem Verlaufe innerhalb der Cervix noch gut isoliert! — soll den negativen Pol des konstanten Stromes bilden. Die andere, inaktive Elektrode soll, entsprechend der Lage des Myomes, vorn, seitlich auf den Bauch, bez. hinten auf das Kreuzbein gelegt werden, möglichst gross sein, was zumal bei hochgespannten Strömen sehr erforderlich sei. Als mittlere Stärke bezeichnet R. 100—150 Milliampères. Die Dauer der Sitzung soll 10—12, höchstens 15 Minuten betragen.

Bei komplicierenden Meno- und Metrorrhagien soll diese Methode aber mit dem positiven Pole angewendet werden. Ausser der Platin- und Kohlenelektrode sei in diesen Fällen auch diejenige aus Eisen am Platze, weil sich dann durch den Strom eine Eisenchlorverbindung bilde, die zugleich haemostatisch und antiseptisch wirke. Bei sehr weiter Uterushöhle könne man sehr wirksam mit einer grossen Kohlenelektrode die verschiedenen Teile der erkrankten Mucosa, mit dem Instrumente auf und niederfahrend in Angriff nehmen.

Den verschiedenen Indikationen entsprechend soll die Stärke des Stromes wechseln. Gegen echte Endometritis empfiehlt R. sehr hochgespannte Ströme bis zu 250 Milliampères, um so mit einer völligen Verschorfung des Uterus gewissermassen ein wirkliches, elektrisches Curettement vorzunehmen. Die Dauer der Sitzung wird im Allgemeinen auf 5 Minuten fixiert in 8—10 tägigen Zwischenräumen (!), ausser gegen Blutungen, bei denen die Sitzungen alle 2 Tage wiederholt werden sollen.

Die sogenannten „Mittelblutungen" würden durch die Kohleelektroden meist in günstiger Weise beeinflusst. Es komme bei dieser Methode darauf an, schrittweise die einzelnen Partien der Mucosa zu kauterisieren. Wenn möglich solle man aber auch in einer Sitzung die in die ganze Uterushöhle eingeführte Kohleelektrode 3—5 Minuten ruhig liegen lassen. Als hauptsächlichen Mangel der Kohlenpole hebt R. ihre Starrheit hervor und erwähnt einige besondere, von Franklin Martin und Bukmaster angegebenen Modifikationen, bei denen dieser Nachteil einigermassen beseitigt sein soll. Die umfangreicheren Intra-Uterinelektroden böten geringere Gefahr der Infektionsmöglichkeit als die dünnen, entsprechend den durch letztere leichter möglichen Verletzungen.

Bei den technischen Einzelheiten über die Galvanopunktur erwähnt R. einer Modifikation von Betton Marsey, besonders ausgezeichnet durch die leichte Möglichkeit einer gründlichen Desinfektion. Während man die Nadel mit Hilfe des eingeführten Fingers von der Vagina aus in den Tumor hineinstösst, soll dieser durch einen Assistenten vom Bauche her nach unten entgegengedrängt werden; dabei soll die Nadel möglichst nur Uteringewebe auf dem Zwischenwege bis zum Myom zu durchdringen haben. Zur Verhütung von Nebenverletzungen der Nachbarteile erwähnt Verf. Vorsichtsmassregeln, die an und für sich überflüssig, weil selbstverständlich sind.

Bei grossen Tumoren sollen je 2 Galvanopunkturen in der Zwischenzeit zwischen zwei Menstruationen gemacht werden; bei kleineren genügt nur eine Sitzung. Die chemische Galvanokaustik gegen die Myome ohne

Blutung soll 2 mal in der Woche angewendet werden, gegen die Endometritis in 8—10 tägigen Intervallen. Während der Behandlungsdauer erheische die Wahrung einer guten Antisepsis Vaginalausspülungen mit Sublimat. Als Gegenanzeige für die elektr. Uterusbehandlung überhaupt bezeichnet R.: Intoleranz von Seiten der Patientin, sich äussernd in Fieber, Frösteln am Abend nach der ersten Sitzung. Bei hysterischem und neurasthenischem Charakter dieser Schmerzen empfiehlt R. als Einleitung der Therapie einige Faradisationen, ebenso bei Exsudaten.

Nachdem R. noch die etwas modifizierte Methode von Danion und Lucas-Championnière beschrieben hat, die mit häufigen Stromumkehrungen (conf. den letzten Punkt in der Lévy'schen Arbeit) geübt wird, berichtet er über sein klinisches Material. Bei sechs sehr interessanten Beobachtungen — Fibrome ohne Komplikation mit Blutung, behandelt mit „Galvanocaustique chimique négative" — ist besonders hervorzuheben die Nekrotisierung der Fibrome ohne jede Entzündung oder gar Eiterung. Es folgen 8 Fälle, bei denen das Krankheitsbild hauptsächlich beherrscht wird von den Blutungen bei meist multiplen, kleineren Myomen.

Als aktive Elektrode wurde hierbei die positive genommen und Heilung bez. bedeutende Besserung erzielt.

(5) Einen guten Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der chirurgischen Behandlung der Fibrome in Frankreich giebt die mehr referierende als originelle Arbeit von Houzel.

Nach einer historischen Einleitung, in der H. selbst viele der modernen, in dieser Frage kompetenten Forscher als veraltet bezeichnet, kritisiert er die Auffassung Segond's, wonach jedes die Nabelhöhe nicht überschreitende Myom per vaginam entfernt werden könne, dahin, dass S. viel zu grosse Myome auf dem vaginalen Wege und zwar mit grösserer Gefährlichkeit angreife, als solche bei abdominalem Vorgehen bestehe. H. meint, dass man die Widerstände des Beckenbodens und die Enge der Scheide, der Vulva und des Dammes zu wenig beachte. Er ist ein Gegner der in Frankreich besonders von Chaput empfohlenen ergiebigen Scheidenincisionen. Er entscheidet sich dahin, dass die Indikationsgrenze zwischen vaginaler und abdominaler Methode bereits in der halben Höhe der oberen Tumorgrenze zwischen Nabel und Symphyse gelegen sei.

Für die vaginale Operation übt H. sowohl das Morcellement nach Péan-Segond wie die Hemisektion nach Doyen und Müller-Quénu. Sehr bezeichnend sind die Bemerkungen H.'s, dass hauptsächlich durch Richelot's Verdienst in Frankreich bei vaginaler Hysterektomie die Nahtmethode zu Gunsten der Klemmmethode verlassen sei. Er nennt dieses Verfahren das weit sicherere und gefahrlosere und will es auch auf die abdominale Methode ausgedehnt sehen.

Nachdem H. in einem besonderen Kapitel ausführlich die bekannten Methoden von Péan, die Modifikation von Müller-Quénn — diese zerschneiden den Uterus nach Anlegen je einer kurzen Klemme an jeder Seite des Collum, von oben nach unten, lassen die klaffenden Teile seitlich in das Becken hinein ausweichen, um so median Platz zum weiteren Vorgehen gegen den Tumor selbst zu erhalten —, sowie das Verfahren von Doyen ausführlich geschildert hat, tritt er warm für das letztere in die Schranken. Seine Hauptvorzüge seien Sicherheit und Schnelligkeit.

In objektiver, lediglich referierender Weise verbreitet sich H. sodann über die zweizeitigen Verfahren, das abdomino-vaginale von Péan-Bouilly, das vagino-abdominale von Bardenheuer und Jakobs, die aber gegenüber den neuesten einzeitigen abdominalen Methoden wegen der Ueberlegenheit der letzteren hinsichtlich der Asepsis und der Schnelligkeit schon als minderwertig zu bezeichnen seien.

Der Ligaturmethode A. Martin's steht hier die Klemmmethode Doyen-Richelot's gegenüber. Dem Martin'schen Verfahren, welches H. aus eigener Anschauung durch die von Martin auf dem Brüsseler Kongresse 1892 ausgeführte Operation kennen gelernt hat, seien diejenigen von Delagénière und Le Bec überlegen. Die Technik des ersteren Autors wird eingehend geschildert. Wenn der Tumor in seinen oberen Teilen frei, d. h. nicht verwachsen ist, so werden nach Emporziehen desselben vermittels des von H. angegebenen pfrophenzieherartigen, in das Myom hineingebohrten Instrumentes von oben her über das Ligam. lat. schräg unter den Adnexen jederseits je zwei lange Klemmen gelegt, zwischen denen das Ligam. durchschnitten wird; dann Schnitt behufs Bildung der Peritonealmanchette vorn 2 cm oberhalb der Blase, hinten von dem medianen Endpunkte des einen Ligamentschnittes (zwischen den Klemmen) zu demjenigen des anderen. Abschieben der Blase, Klemmen des „Verbindungsastes" und der Art. uterinae. Abtrennen der Cervix bis zur Scheide, die erkennbar sei an ihrer Nachgiebigkeit und an ihrer weisslichen Farbe. Eröffnung der Vagina mit Messer oder Scheere, am besten von der Seite oder von hinten.

Ist der Tumor im kleinen Becken eingeklemmt, dann stumpfe Lösung des oberen Poles, Hinaufzerren des Uterus, eventuell Zerschneiden der Ligam. lata in situ, wobei man sich am besten einer knieförmig gekrümmten Klemme bedient. Im Uebrigen das Verfahren wie vorhin geschildert. Schwierigkeiten bereite in solchen Fällen nicht selten die bis in Nabelhöhle auf den Tumor hinaufgezogene Blase. Bei intraligamentärem Sitz des Tumors endlich soll derselbe nach ergiebigem Schnitt über das Ligament aus dessen Blättern ausgeschält werden ohne präventive Blutstillung der grossen Gefässe, die natürlich meist erst zugleich mit der Stielbildung möglich wird. Schluss des Ligam. lat. durch überwendliche Naht. Zahlreiche Bemerkungen H.'s über Blutstillung etc. können füglich als selbsverständlich übergangen werden. Die Anerkennung der Wichtigkeit der exaktesten Blutstillung ist eine allgemeine! Ebenso natürlich erscheint die Drainage der Bauchhöhle nach unten.

Le Bec legt nur 4 Ligaturen. Mitten durch jedes gespannte breite Mutterband führt er je zwei starke Seidenfäden, von denen der eine ausserhalb der Adnexe, der andere gegen den Uterus hin geknotet wird. Zwischen beiden durchtrennt er das Ligament.

Die Ligamenta rotunda ligiert er für sich. Schnitt horizontal über den Tumor behufs Ablösung der Blase mit den Ureteren. Ist die Masse des Tumors sehr gross und den Manipulationen hinderlich, so wird derselbe mit einem Gummischlauch umschnürt und abgetragen; ist dies unnötig, so Unterbindung der Art. uterinae in folgender Weise: Durchstossen des „Douglas" mit Klemme von der Scheide her, nachdem der Tumor über die Symphyse herübergewälzt ist. Nunmehr hebelt Le Bec das Myom nach oben über die Bauchdecken und eröffnet in gleicher Weise

das vordere Scheidengewölbe. Die von der hinteren Scheidenöffnung eingeführte Klemme leitet einen langen Seidenfaden herab, der durch die vordere Scheidenöffnung wieder emporgeführt, die seitlichen Cervixpartien mit der Uterina umschlingt und nun geknotet wird.

Abtragen des Tumors; die beiden Cervixstümpfe bleiben zurück. Völliger Verschluss des kleinen Beckens durch Vernähung des hinteren und vorderen Peritoneallappens. Schluss der Bauchwunde! Drainage der Vagina mit T-Schlauch! Bei alter Pelviperitonitis etc. bleibt die Bauchhöhle nach unten offen und wird drainiert. H. hält die Blutstillung bei dieser Methode wohl mit Recht für unvollkommen, wie denn auch Le Bec schwere Nachblutungen beobachtet hat. Die zurückgelassenen Cervixstümpfe seien auch eine günstige Eingangspforte für Infektion. H. plaidiert, ohne sich auf eine besondere Kritik der verschiedenen geschilderten Methoden einzulassen, für das Offenlassen und Drainieren der Peritonealhöhle nach unten. Allenfalls möge man einige mediane Nähte legen.

Nachdem H. in einem besonderen Kapitel endlich die Methoden von Doyen und Richelot — totale abdominale Hysterectomie lediglich mit Klemmen-haemostase — geschildert hat, Verfahren, bei denen im wesentlichen vor oder während der einzelnen Etappen der Auslösung die die grossen Gefässe führenden Stiele von unten her in Klemmen gelegt werden, giebt er zum Schluss eine zusammenfassende Uebersicht.

Die Verschiedenheiten in den Methoden der einzelnen Autoren seien eigentlich nur geringe, soweit keine principiellen Unterschiede in der Art der Blutstillung beständen. H. giebt auch nach dieser Richtung der Klemmmethode unbedenklich den Vorzug. Die Sicherheit derselben erreiche oder übertreffe diejenige der Ligaturen, die unter Umständen sehr schwer sein könne im Gegensatz zu dem stets leichten Manöver des Klemmens. Die vergleichenden Diskussionen und Statistiken ergäben zudem bei dieser Methode weniger Nachblutungen, ferner nicht mehr Peritonitiden oder nach der Operation eintretende sonstige schlimme Ereignisse. Falls eine Nachblutung eintrete in Folge eines Fehlers bei der Operation, so sei es viel leichter, nachträglich von der Vagina aus an die blutende Stelle eine Klemme zu legen, als zu unterbinden. Die Klemmmethode sei einfacher und schneller. Endlich nimmt H. Stellung gegen die angeblich so grosse Schmerzhaftigkeit der Dauer-Klemmmethode. Wir können dem Verf. hierin völlig zustimmen. Referent hatte so gut wie niemals Gelegenheit, bei genauer Beobachtung einer beträchtlichen Zahl mittels der Klemmmethode operierten Frauen Klagen über erhebliche Schmerzen zu hören.

H. reicht der Klemmmethode sowohl für vaginale wie für abdominale Hysterectomien die Palme. Entsprechend der Grösse und dem Sitze der Myome wählt H. eines der verschiedenen Verfahren, die man, so empfiehlt er, alle genau kennen müsse, um eben im besten Sinne des Wortes Eklektiker sein zu können.

Bericht über russische geburtshülfliche und gynäkologische Litteratur.

Erstattet

von

Dr. v. KANNEGIESSER.

(St. Petersburg.)

I. Anatomie der weiblichen Sexualorgane und des Beckens.

1. Gigler. Zur normalen Anatomie des Parovariums in verschiedenen Zeiten des extrauterinen Lebens. Diss. Petersburg 1895.
2. N. Kube. Nebentuben. Russ. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 5.
3. W. Masin. Resultate der Messungen des Beckenausganges. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 1, 2 u. 4.
4. Pawlow. Zur Lehre von der Grösse und Form des Beckens der erwachsenen Frau. Das Becken der Polin. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 6.

Gigler (1) untersuchte die Adnexa von 41 Individuen verschiedensten Alters, angefangen von nicht ausgetragenen, aber lebensfähigen Früchten bis zur 70 jährigen Frau. Seine Hauptschlüsse sind folgende: 1. Die Form des Parovariums kann nicht immer dreieckig oder pyramidal genannt werden. 2. Die äusseren kolbenförmigen (Kobeltschen) Schläuche sind nicht immer vorhanden. 3. Die kolbenartigen Erweiterungen der Endpartien der Vertikalkanälchen können nicht als konstanter Befund angesehen werden. 4. Das Vorhandensein des Grenzkanals ist nicht bewiesen und wenig wahrscheinlich. 5. Durch die Obliteration einzelner Kanälchen kann man die Mannigfaltigkeit der Form des Parovariums erklären. 6. Die Parovarialkanälchen werden ausser an der gewöhnlichen Stelle auch neben der äusseren Muskelschicht der Tube gefunden; in manchen Fällen kann man dieselben auch im Hylus ovarii erkennen. 7. Unter den dickwandigen Parovarialkanälchen findet man auch dünnwandige, aus denen sich cystische Erweiterungen entwickeln.

Kube (2) untersuchte die inneren Genitalien von 78 Frauen und fand dabei in 7,7 pCt. der Fälle Ostia accessoria und in 16,6 pCt. Tubae accessoriae. Die Ostia accessoria lagen in allen 6 Fällen am oberen Rande der Tuba unweit des Abdominalendes, in 3 Fällen war die Tube an dieser Stelle abgeknickt. Die Nebentuben waren gewöhnlich mehrfach. Von den 10 mikroskopisch untersuchten Nebentuben konnte man in keiner weder im Kopfe noch im Stiele ein Lumen konstatieren. Fettgewebe wurde nur zweimal und das sehr spärlich gefunden.

Massin (3) versuchte auf Grund von 454 Beckenmessungen an Lebenden (276 normale und 178 enge Becken) und 29 an Leichen die durchschnittlichen Grössen der Durchmesser für das normale und enge Becken der Russinnen festzustellen. Zur grösseren Genauigkeit der Berechnungen benutzt er die bekannte Formel von Stieda. Er bekam dabei folgende Daten:

Die Differenz zwischen den Grössen der Durchmesser des normalen und engen Beckens nimmt nach dem Ausgange hin ab. Das typische

enge Becken der Russin ist als ein allgemein unregelmässig verengtes anzusehen. Die Unregelmässigkeit der Verengung wird dadurch ersichtlich, dass ausser dem gewöhnlich gemessenen auch der gerade und quere Durchmesser des Ausganges in Betracht gezogen wurde. Massin bespricht sehr genau die Messungsmethoden der Ausgangsmasse. Aus seinen Versuchen an Lebenden und Leichen kommt er zu folgenden Schlüssen: Der gerade Durchmesser wird am besten nach Breisky's Vorschrift gemessen. Um die anatomische Grösse zu erfahren, zieht man etwa 1 cm von der klinischen ab. Der quere Durchmesser wird genauer nach Schroeder gemessen, da hiebei die klinischen und anatomischen Grössen fast identisch sind. Diese Messung ist aber umständlich und erfordert eine gewisse Uebung; die nach Breisky ist zwar weniger genau, aber leichter ausführbar. Zum Schluss bemerkt Verf., dass geringe Verengung des Ausgangs nicht so selten vorkomme, wie man es gewöhnlich annehme (nach Verf. in 25 pCt. der sonst normalen Becken). Sie können auch Geburtshindernisse abgeben.

In einer kurz abgefassten vorläufigen Mitteilung bringt Pawlow (4) die Durchschnittsziffern von 276 Beckenmessungen bei Frauen, die normal eine reife Frucht geboren haben, und auch die Durchschnittsziffern des Gewichts, der Grösse und der Kopfdurchmesser der von denselben geborenen Kinder. Bei der Herstellung der Durchschnittsziffern benutzte auch er die Formel von Stieda.

Pawlow vergleicht seine Daten mit den im Jahre 1892 von Rimscha bei 275 russischen Frauen und Kindern gewonnenen und kommt zu folgenden Schlüssen:

1. Das Becken der Polinnen hat grösseren Querdurchmesser.
2. Die Differenz zwischen den beiden Querdurchmessern ist bei den Polinnen geringer, als bei den Russinnen.
3. Die Conjugata externa und diagonalis sind bei den ersteren kleiner.
4. Die Differenz zwischen beiden Conjugaten ist grösser bei den Russinnen. Die Kinder der Russinnen sind schwerer und haben grössere Querdurchmesser, die Länge dagegen, wie auch die geraden und schrägen Durchmesser sind grösser bei den polnischen Kindern.

Verfasser ist der Meinung, dass das Criterium über das enge Becken sich für jede Nation nach der durchschnittlichen Grösse der reifen Kinder richte.

II. Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

1. Aphanasiew. Zur Frage über die Mikroorganismen in den Lochien. Protok. der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Kiew. Bd. VII, 1894.
2. Anufriew. Einige Bemerkungen über die rectale Untersuchung Kreissender auf Grund von 25 Beobachtungen. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 3.
3. Bogoroditzki. Ueber die Leitung der Geburt nach der indischen Art. Protok. der Tambow'sch. med. Gesell. 1894.
4. Grusdew. Zur Frage über die einseitige Unterbindung der Nabelschnur. Wratsch 1895, No. 7 u. 8.
5. Koch. Sind prophylaktische Vaginalirrigationen vor und nach der Geburt notwendig? Ejeniedelnik 1895, No. 25.

6. Schuwarski. Beiträge zur Lehre über die Sterilität. Protok. der Gesell. f. Geb. u. Gyn. in Kiew. Bd. VII, 1894.
7. Solowiew. Zur Lehre von der Prophylaxis der Mastitis. Wratschebni Zapiski. 1895, No. 12.
8. Weinstein. Der Dauerverband und das hygroskopische Verhalten der Verbandstoffe bei der Behandlung des Nabelschnurrestes. R. Zeitschr. f. u. Gyn. Bd. IX, No. 10.
9. Woff. Antisepsis und Asepsis in der Geburtshülfe. Bibliotheka Wratscha. No. 7. 1895.
10. Ulesko-Stroganowa. Beiträge zur Lehre über den mikroskopischen Bau der Placenta. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 4. (S. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III, Hft. 3, S. 207.)

Schuwarski (6) entnahm bei 70 Frauen $^1/_4$ bis zwei Mal 24 Stunden post coitum aus verschiedenen Teilen des Genitalkanals den Inhalt isoliert und untersuchte denselben. Er kam dabei zu folgenden Schlüssen:

1. Sub coitu kommt das Semen hominis nur in das Scheidengewölbe (meistens in das hintere).
2. Spermatozoën werden schon $^1/_2$ Stunde post coitum ohne die sie begleitenden morphologischen Elemente in der Gebärmutterhöhle gefunden.
3. Die Absonderung der normalen Gebärmutterschleimhaut muss für die Weiterbeförderung der Spermatozoen als günstig angesehen werden.
4. An der Sterilität in der Ehe trägt sehr häufig der Gatte die Schuld (in 76 sterilen Ehen war die Schuld des Mannes in 11 Fällen unzweifelhaft, in 20 wahrscheinlich.)

Woff (9) und Koch (5) sprechen sich entschieden gegen die Vaginalirrigationen bei normaler Geburt aus. Koch hatte in den letzten 4 Jahren 612 Geburten in der Privatpraxis beobachtet, wovon 400 in russischen Bauernhütten, also unter den denkbar ungünstigsten Verhältnissen; trotzdem waren die Resultate ziemlich befriedigend. Die puerperale Morbidität betrug 1,93 pCt., die Mortalität 0,32 pCt. Das grösste Gewicht muss auf die subjektive Desinfektion und die Reinigung der äusseren Genitalien gelegt werden. Woff giebt den physikalischen und mechanischen Methoden der Desinfektion vor den chemischen den Vorzug.

Anufriew (2) spricht sich gegen die allgemeine Einführung der Rektaluntersuchung der Kreissenden in die Hebammenpraxis aus, da sie der Exploration per vaginam in vielen Punkten nachstehe. Die Gefahr der Infektion werde besser bekämpft, wenn man den Hebammen gründlicher die Lehren der Antisepsis und Asepsis beibringe.

Solowjew (7). Die meisten Brustdrüsenerkrankungen kommen im Anschluss an Verletzungen der Warze vor; schwache und kränkliche Frauen (skrophulöse) sowie solche, deren Brüste ein Trauma erlitten, sind den Erkrankungen mehr unterworfen. Er warnt vor zu eifriger Prophylaxis, also zu häufigen Waschungen mit Adstringentien, Abreibungen u. s. w. Zur Absaugung der Milch rät er ein Glas mit breiter Basis zu nehmen, an dem ein Gummirohr angebracht wird, so dass die Frau selbst absaugen kann. Zur Abwaschung empfiehlt er warmes Wasser.

Bogoroditski (3) empfiehlt ältere Erstgebärende nach der indischen Art, also in kauernder Lage gebären zu lassen. Er beobachtete

4 Erstgebärende von 30—40 Jahren, die in dieser Lage leicht und ohne Dammverletzung niederkamen.

In einer sehr eingehenden Arbeit bespricht Grusdew (4) die verschiedenen Methoden bei der Leitung der Nachgeburtsperiode. In 80 Fällen führte er die Credé'sche Methode durch, bei einseitiger Unterbindung der Nabelschnur. Die Dauer der dritten Periode war durchschnittlich $1^1/_2$ Minuten, der Blutverlust 176 g, Abreissen der Eihäute 1 mal. Puerperium normal. Nach der Ahlfeld'schen Methode wurde die Nachgeburtsperiode in 30 Fällen geleitet. Dauer 31 Minuten, Blutverlust 622 g. In 20 Fällen füllte Verf. die Placenta mit warmem oder kaltem Wasser. Die Nachgeburtsperiode dauerte hier 50 Minuten, bei grösseren Mengen des eingegossenen Wassers beobachtete er zeitigere Lösung der Nachgeburt, dank der Durchsickerung der Flüssigkeit zwischen Placenta und Uterinwand.

In einer sehr ausführlichen Arbeit bespricht Weinstein (9) alle zum Verband des Nabelschnurrestes dienenden Stoffe und berichtet über die von ihm an 302 Kindern gemachten Beobachtungen. Als Verbandmaterial benutzte er Gyps, Tannin, Kalium hypermangan., Alaun, trockene Watte, Glycerin, Stroh- und Holzkohle. In einer Reihe von Fällen wurde der Verband täglich nach dem Bade gewechselt, in einer andern wurden die Kinder nicht gebadet, sondern der Verband 5 — 6 Tage liegen gelassen. Die besten Resultate erzielte Verf. mit dem Kalium hypermangan., der trockenen Watte und der Holzkohle, welche die stärkste hygroskopische Kraft besitzt. Antiseptische Verbände verwirft Verf. gänzlich.

III. Pathologie der Schwangerschaft.

1. Dobert. Mitteilungen aus der Spitalpraxis. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 2.
2. Dranitzin. Klinische Beiträge zur Lehre über die Tubargravidität. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 6.
3. Himmelfarb. Zur künstlichen Frühgeburt bei Lungentuberkulose. Südrussische Zeit. No. 7 u. 8. 1895.
4. Jacub. Die gegenwärtige Stellung der Frage über die Behandlung des Aborts. Biblioteka Wratsch. No. 4. 1895. (S. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II, Heft 3).
5. Jourassowski. Ein Fall von Mole. Medicinsk. Obosr. 1895. No. 12.
6. Koblukow. Graviditas extrauterina. Chirurg. Annal. No. 6.
7. Kadisch. 160 Fälle von Excochleation der Uterushöhle. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 7.
8. Klatschkiner. Ein Fall von Hyperemesis gravid. bei incarcerierter Dermoidcyste. Protok. der geburtsh. u. gyn. Gesellsch. in Kiew. Bd. VII.
9. Kolbasenki. Zur Frage über den Pruritus universalis bei Schwangeren. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, H. 10.
10. Lwow. Herzkrankheiten und Schwangerschaft. Ejenjedelnik. 1895. No. 9 u. 10.
11. Olenin. Zur Anwendung des Strychnins bei Schwangeren. Protok. der Tambow'schen Medic. Ges. 1894.
12. Redlich. Ein Fall von radikal operierter Gebärmutterhernie. Protok. der Kiew. Ges. f. Geb. u. Gyn. Bd. VIII.
13. Strauch. Drei Parallelfälle von ektopischer Schwangerschaft. Medicinske Obosr. 1895. No. 6.
14. Tipjakow. Ein Fall von Hernia Uteri gravidi. Laparotomie. Heilung. Medic. Obosr. No. 17.
15. Zaleski. Haematocele retrouterina. Südrussische medic. Zeit. 1895. 4. 41.

16. Zwiback. Zur Therapie der Placentaretention bei Aborten. Protok. der Gesell. kaukasischer Aerzte. 1895.
17. Patienko. Zwei Fälle von Extrauteringravidität. Protok. der Kiew. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. VIII.

In einer die Fortsetzung der Arbeit von Prof v. Ott, „Beiträge zur Kenntnis der ektopischen Formen der Schwangerschaft" bildenden Mitteilung berichtet Dranitzin (2) über 13 weitere operativ und 9 konservativ behandelte Fälle von Tubengravidität. Er hebt besonders hervor, dass die Prädisposition zu ektopischer Schwangerschaft nicht angeboren, sondern erworben sei, meist als Folge vorangegangener puerperaler Erkrankungen. Als sehr wichtiges Symptom erklärt Verf. die Lage der Gebärmutter, die immer von der Geschwulst nach vorne gedrängt wird, nur in einem von den operierten Fälle lag der Uterus hinter der Geschwulst und dieser Fall war mit einem Ovarialcystom kompliziert. Die Grösse der Geschwulst ist nicht abhängig von der Dauer der Tubargravidität, sondern von der Ausdehnungsfähigkeit des Sackes und von der Quantität des ergossenen Blutes. Fast in allen Fällen wurde bei Untersuchung der Gebärmutterschleimhaut deciduales Gewebe gefunden. Die Operation wurde in einem Falle wegen drohender Symptome sofort vorgenommen, in allen andern nach vorhergehender fruchtloser palliativer Behandlung; bei allen Operationen wurde so konservativ als möglich verfahren, indem die Adnexa der gesunden Seite zurückgelassen wurden. Leider kommt es bei ektopischer Schwangerschaft sehr häufig auch zu Erkrankung der anderen Adnexa. Der Fruchtsack wurde stets exstirpiert. In 12 Fällen wurde die Bauchhöhle drainiert. Alle Operierten genasen.

Dobert (1) beschreibt 21 retouterine Hämatocelen, deren Entstehung er in 12 Fällen mit ektopischer Schwangerschaft in Zusammenhang bringt. 12 mal wurde exspektativ behandelt, 1 mal die Elytrotomie, 8 mal die Coeliotomie gemacht. Keine der Kranken starb. Vollständige Herstellung sah Verf. nur bei den durch Coeliotomie behandelten. In einigen Fällen mussten Teile des Fruchtsackes zurückgelassen werden. Bei wiederholter Coeliotomie konnte Verf. sich überzeugen, dass nach Entfernung des grössten Teiles des Fruchtsackes der Rest leicht resorbiert wird.

Auch Strauch (13) spricht sich für die operative Behandlung der Extrauteringravidität aus. Er berichtet über 3 Fälle, den einen als erste Schwangerschaft (als Ursache wird hier ein „Tumor" in der betreffenden Tube hingestellt.) Eine Patientin wurde operiert und genas, von den zwei exspektativ behandelten ging bei einer die Schwangerschaft nach Berstung des Sackes weiter, die andere starb.

Patienko (17) hat auch eine Patientin nach Berstung der schwangeren Tube verloren, da er durch äussere Gründe zu operieren verhindert wurde; in einem anderen Falle operierte er mit glücklichem Ausgange. Er glaubt, dass die Operation in allen Fällen, wo die Diagnose der ektopischen Schwangerschaft vor der Berstung des Eisackes gemacht wird, unbedingt indiciert ist; nach Berstung des Eisackes muss nur bei drohenden Symptomen operiert werden.

Kablonkow (9) und Zaleski (15) berichten über je einen Fall von Tubargravidität. Der erste operierte in extremis bei stärkster Anämie;

wegen sehr ausgedehnten Verwachsungen war die vollständige Exstirpation des Fruchtsackes unmöglich. Der zweite behandelte seine Patientin exspektativ. Beide Kranke genasen.

Lwow (10) spricht sehr eingehend über die Komplikation der Schwangerschaft durch Herzfehler. Er ist der Meinung, dass Störungen der Kompensation sich während der Schwangerschaft nicht mehr bessern. In ernsten Fällen rät er, die Frühgeburt bezw. den Abort einzuleiten. Bei Erkrankungen der Mitralis muss man möglichst die Thätigkeit der Bauchpresse ausschalten durch frühes Anlegen der Zange; bei Aortenklappenfehlern muss besonders das Puerperium überwacht werden.

Himmelfarb (3) beschreibt zwei Fälle von künstlichem Abort bei Lungentuberkulose. Er rät, die Frühgeburt oder den Abort bei Lungentuberkulose nur in den Fällen einzuleiten, wo Hoffnung auf Herstellung der Kranken vorhanden ist.

Olenin (11) versuchte bei 16 Schwangeren, bei denen von der Schlaffheit der Uterusmuskulatur während der Geburt zu fürchten war, kleine Dosen Strychnin, 6—8 Wochen lang. In zwei Fällen verlief die Geburt sehr langsam und wurde durch die Zange beendigt, in allen andern verlief die Geburt und das Puerperium ganz normal. Die Nachgeburtsperiode dauerte 10—20 Minuten.

Dobert (1) und Kadisch (7) sind der Meinung, dass komplete und inkomplete Aborte am besten instrumentell zu behandeln seien. Ersterer behandelte so in den letzten 3 Jahren 97 Fälle, der Zweite 110 Fälle. Unangenehme Zwischenfälle, wie Perforation der Uterinwand u. s. w. kamen nicht vor. Dobert empfiehlt nach der Ausschabung die Uterushöhle zu tamponieren und den Tampon behufs besseren Abflusses des Sekrets 24—48 Stunden liegen zu lassen. 55 pCt. der Kranken fieberten nicht, 29 Patientinnen fieberten vor der Operation, 19 bekamen die erste Temperatur-Erhöhung nach derselben. 53 Kranke, die Dobert exspektativ behandelte, blieben im Krankenhause 625 Tage, also durchschnittlich je 12 Tage, 97 operativ behandelte 929 Tage, also je 9,5 Tage.

IV. Pathologie der Geburt. Störungen von Seiten der Mutter.

1. Baklanow. Haematoma seu Thrombus vulvae et vaginae. Sowrem. Klinika 1895. No. 6.
2. Brudnjak. Die Anwendung der Colpeuryse bei Uterusinversion. Dissert. St. Petersb. 1895.
3. Beiland. Zur Kasuistik der Rupturen des Scheidengewölbes sub partu. Protok. der Medic. Gesellsch. in Minsk.
4. Dawidoff. Zur Frage über die Veränderungen in den elastischen Fasern des Uterus in graviditate et sub partu. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1895. Bd. IX, No. 12.
5. Diakonewko. Ein Fall von Placenta praevia in der Privatpraxis. Protok. der Ges. f. Geb. u. Gyn. in Kiew.
6. Grauerman. Ueber einen Fall von Ruptura uteri sub partu mit glücklichem Ausgange. Wratschebn. Supiski, No. 4.
7. Gribowski. Uterusruptur sub partu, Laparatomie, Genesung. Protok. der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Kiew. Bd. VII.
8a. Kan. Partus per rupturam perinei centr. Protok. der Kaiserl. Gesellsch. in Wilna. 1894. No. 3.
8b. — Placenta praevia centralis, Gemelli, Embolia cerebri. Ibid. No. 10.

9. Kaufmann. Ein Fall von Uterusruptur in Graviditate. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX.
10. Kleinmann. Septum der Scheide als Geburtshindernis. Protok. der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Kiew. Bd. VII.
11. Krosskowski und Pissemski. Uterusruptur sub partu bei einer Frau mit kyphotischem Becken. Ibid.
12. Krosskowski. Fall von Uterusinversion. Ibid.
13. Lewitzki. Kyphotisches Becken. Ibid.
14. Lewitzki. Allgemein verengtes rachitisches Becken einer Zwergin. Ibid. Bd. VIII.
15. Lewitzki. Spaltbecken. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX.
16. Lubowitz. Zur Kasuistik und Pathogenese der Osteomalacie. Wratschebn. Supisk. No. 6, 7 u. 8. 1895.
17. Neelow. Ein Fall von vollständiger Uterusinversion post partum. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX, No. 10.
18. Petrow. Ein Fall von kompleter Uterusruptur. Sep. Abdruck aus dem Protok. der Medic. Gesellsch. in Saratow.
19. Pobjedinski. Zur Lehre von der Placenta praevia. Dissertat. Petersb. 1895.
20. Rachmanow. Ein Fall von Uterusruptur sub partu, oper. nach Porro. Genesung. Medicinsk. Obosr. No. 2. 1895.
21. Redlich. Der 4. Fall von Heilung einer kompleten Uterusinversion post Protok. der Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Kiew. Bd. VIII.
22. Sergejew. Ueber perforierende Rupturen des Uterus und der Vagina sub partu. Chirurg. Litopis No. 2.
23. Sitzinski. Zur Kasuistik der centralen Dammruptur. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX.
24. Wigodski. Seltene geburtshülfliche Fälle. Protok. der Kaiserl. Medic. Gesellsch. 1895. No. 3.
25. Wichserjepolski. Ein Fall von Geburt ohne Fruchtwasser. R. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX.
26. Jagodsinski. Pathologisch-anatomische Veränderungen des Grosshirns bei puerperaler Eklampsie. Dissertation. St. Petersburg 1895.

Lewitzki (13, 14, 15) beschreibt drei sehr interessante Becken. Als erstes ein Spaltbecken von einer Frau, der wegen Ectopie der Blase die Ureteren ins Rectum transplantiert wurden. Die Knochen des Beckens sind sehr stark, die Lendenwirbel desgleichen. Die Längskrümmung des Kreuzbeins fehlt vollständig, die Querkrümmung ist auch viel weniger ausgesprochen als gewöhnlich. Das Steissbein bildet mit dem letzten Kreuzwirbel einen sehr ausgesprochenen Winkel. Das Promontorium steht weit über der Linea inominata. Die Darmbeine, besonders ihre hintere Hälften, sind nach hinten gezogen, so dass die Spinae posteriores nur 5 cm von einander entfernt sind. Am auffallendsten ist aber das Fehlen der Symphyse. Die Enden der Schambeine stehen 9 cm von einander ab, ihre Gelenkflächen sind dabei nicht parallel, sondern nach abwärts gekehrt.

In einer sehr gewissenhaften Arbeit giebt Pobjedinski (19) eine kritische Uebersicht der Litteratur über die Entstehung, den Verlauf und die Therapie der Placenta praevia, nebst Krankengeschichten der in der Moskauer geburtshülflichen Klinik beobachteten Fälle. Die Hauptschlüsse, zu denen Verf. kommt, sind folgende: 1. Das centrale Vorliegen der Placenta kommt sehr selten vor; beim inkompleten Vorliegen liegt die Placenta häufiger links. 2. Nach den statistischen Angaben kommt ein Fall von Placenta praevia auf 222—246 Geburten. 3. Die Theorie von Hofmeier über die Entstehung der Placenta praevia kann noch nicht als bewiesen gelten. 4. Endometritis und eine grössere Zahl

vorausgegangener Geburten müssen als prädisponierende Momente angesehen werden. 5. Frühgeburten kommen dabei häufiger vor als rechtzeitige, Querlagen werden sehr oft beobachtet. 6. Die Wehenschwäche ist oft die Folge früherer chronischer Endometritis. 7. Bei strengster Antisepsis und Asepsis muss die Häufigkeit der septischen Erkrankungen nach Placenta praevia stark abnehmen. 8. Die Fälle von Verblutung werden nur dann seltener werden, wenn jede Blutung in der Schwangerschaft die betreffende Frau zum Arzte führen wird. 9. Die Sterblichkeit der Kinder hängt teilweise von der Häufigkeit der Frühgeburten, teilweise von der vorzeitigen Placentarlösung ab. 10. Bei eingetretener Blutung ist die Tamponade mit dem Colpeurynter das einzig sichere Mittel. Das Accouchement forcé ist zu verwerfen. Das Verfahren von Dührssen ist bei starker Blutung und geschlossenem Muttermund beachtenswert. Der Blasensprung führt nicht immer zum Ziel, am zweckmässigsten ist er in den Fällen von Steisslagen mit nachfolgender Herunterstreckung eines Beines. Die Methode von Braxton-Hicks ist sehr zweckmässig, aber technisch schwer ausführbar. 11. Bei centralem Vorliegen der Placenta gelingt es gewöhnlich, deren Wand abzulösen, so dass das Durchbohren der Placenta unterlassen werden kann. 12. Infusionen von Kochsalzlösung sind leichter ausführbar und weniger gefährlich als die Injektionen in die Venen.

Dawidoff (4) studierte an 7 rupturierten Uteris die Veränderungen in den elastischen Fasern und vergleicht sie mit dem puerperalen und nicht puerperalen Uterus. Zur Färbung der elastischen Fasern empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: Die Präparate werden in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet, nach Entfernung des Paraffins werden die an die Deckgläschen durch Wasser angeklebten Schnitte in konzentrierter wässriger Pikrinsäurelösung auf 10 Minuten gelegt und dann 24 Stunden in Orceïn gefärbt (Orceïn 0,1, Alcoholi 95 pCt., 20,0, Aq. destill. 5,0, Acidi muriat. concent. gtt. II). Die Farbe wird vor dem Gebrauch frisch filtriert. Nach Abspülung in Wasser werden die Schnitte durch Alkohol 20,0, Aq. dest. 5,0, Acid. muriat. gutt. II entfärbt. Entwässerung in gewöhnlicher Weise, Aufhellung in Xylol, Konservierung in Canada-Balsam. Dabei werden die elastischen Fasern dunkelrot, das übrige Gewebe gelb gefärbt. Verf. kam zu folgenden Ergebnissen: 1. Im puerperalen Uterus sind die elastischen Fasern reichlicher und etwas stärker. 2. Im Mutterhals und im unteren Segment sind die elastischen Fasern in grösserer Zahl und stärker als im Fundus. In den Schichten, die der Mucosa anliegen, ist das elastische Gewebe am spärlichsten. 3. Nach Ruptur sind die elastischen Fasern gequollen, schlecht conturiert, knotenhaltig und zu Knäueln verwickelt. 4. Diese Veränderungen finden nicht nur an der gerissenen Stelle, sondern im ganzen Uterus statt. 5. Veränderungen der elastischen Fasern können beim Fehlen anderer Störungen das Entstehen der Ruptur erklären.

An der Hand von zwei in der Klinik von Prof. Lebedeff beobachteten Fällen, und der hierauf bezüglichen Litteratur spricht sich Brudnjak (2) folgendermassen über die Behandlung der Uterusinversion durch Colpeuryse aus. 1. Dank ihrer milden aber sichern Wirkung muss die Colpeuryse an die Spitze aller zur Reposition der frischen und inalterierten Uterusinversionen gebräuchlichen Mitteln gestellt werden.

2. Der Colpeurynter muss immer in Berührung mit dem invertierten Teil der Gebärmutter stehen. 3. Die entzündlichen Zustände der Gebärmutterschleimhaut müssen vor der Anwendung des Colpeurynters durch passende Mittel beseitigt werden. 4. Bei allen Adhäsionen im Inversionstrichter ist die Colpeuryse kontraindiciert. 5. Vor forcierten Handgriffen zur Reposition der invertierten Gebärmutter muss gewarnt werden, da wo sie bei manuellen Versuchen nicht leicht gelingt, können sonst die schwersten Verletzungen entstehen.

Jagodinski (26) untersuchte das Grosshirn von 8 an Eklampsia puerperalis gestorbenen Frauen und kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Bei der Eklampsie entwickelt sich eine diffuse Entzündung des Gehirns. 2. Die Nervenzellen verfallen der fettigen, albuminösen Entartung, sowie Vacuolenbildung. 3. Die stärksten Veränderungen der Nervenzellen werden in der Gegend der Localisation der Bewegungscentren beobachtet. 4. Der Grad der Zellenveränderung steht nicht mit der Nähe der Zellen von den Gefässen in Zusammenhang. 5. An den Schnitten von der Rinde oder den Ganglien kann man immer hämorrhagische Knoten im Hirngewebe finden; die hämorrhagische Nekrose entwickelt sich aus diesen Blutungen; man findet aber gewöhnlich auch Nekrose ohne vorhergehende Hämorrhagie. 6. In der Gegend der nekrotischen Heerde findet man Veränderungen in den Nervenfasern, die in rosenkranzähnlicher Anschwellung der Myelincylinder und in Zerfall derselben in Myelinkörner sich äussern. 7. In der Rinde und den Ganglien findet man eine starke Proliferation der Neurogliazellen; diese Proliferation hat einen akuten Charakter. 7. In vielen Kapseln werden die Nervenzellen durch die proliferierenden Neurogliazellen zusammengedrückt bis zur vollen Atrophie. 8. Eine bedeutende Auswanderung von Leukocyten aus den Gefässen ins Hautgewebe findet statt 9. In den Vacuolen oder Nervenzellen findet man häufig weisse und rote Blutkörperchen, auch die Leukocyten dringen häufig in das Zellprotoplasma ein. 10. In den Venen wird oft eine Blutstauung beobachtet. Thrombose der Gefässe kommt sehr selten vor. 11. Die Schwellung der Endothelzellen in den kapillaren und kleineren Gefässen, wie auch das Zusammendrücken derselben durch die Neurogliazellen verhindern sehr die Blutcirkulation. 12. Das klinische Bild der Eklampsie wird durch den pathologisch-anatomischen Befund, des Hirns genügend erklärt.

Sitzungsberichte.

I. Belgische Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie.

VIII. Sitzung vom 20. Oktober 1895.

Jacobs: 1. Hydrosalpinx. Zwei seltene Fälle.

Die Hydrosalpinx entsteht gewöhnlich aus einem Katarrh der Tube. Selten finden sich bei ihr Adhäsionen wie bei der Pyosalpinx. Ebenso

sind auch ihre mikroskopischen Verhältnisse andere als bei der letztern. Er pflichtet der Ansicht von Woskressensky bei, wonach die Entstehungsursache der Hydrosalpinx eine rein mechanische ist. Ist durch Verschluss des inneren Endes der Tube der Austritt ihrer Absonderungen nach dem Uterus hin verhindert, so ist Hydrosalpinx die Folge. Folgende beiden Fälle geben dafür den Beweis. 1) 43 Jahre, zeitweise starke schmerzlose Blutungen; in den letzten Wochen Schmerzen rechts im Unterleibe; kleines Fibrom in der vorderen Uteruswand, stärker nach rechts entwickelt. Der Douglas und rechtsseitige Beckenhälfte eingenommen von einem fluktuierenden Tumor, fühlbar vom Abdomen aus. Exstirpation desselben vom Douglas aus. 2) 44 Jahre, stets gesund bis vor drei Monaten, wo sich eine rasch zunehmende Ausdehnung des Leibes entwickelte. Multiloculäre Cyste des Ov. diagnosticiert. Exstirpation einer allseitig adhärenten Dermoid-Cyste vom Abdomen aus. In dem ersten Falle war die Undurchgängigkeit der Tube durch das kleine Fibrom, im zweiten durch die Dermoid-Cyste verursacht.

2. Freies Fibrom in der Bauchhöhle.

Vortr. macht diese seltene Beobachtung zum zweiten Male. Letzte und zweite Geburt vor zwei Jahren; seitdem leidend. Schmerzen lokalisiert in der linken seitlichen Bauchgegend. Leib unregelmässig stark ausgedehnt durch eine fluktuierende Geschwulst mit allen Anzeichen einer Ovarialcyste. Coeliotomie. Bei der Incision Eröffnung der mit den Bauchdecken adhärenten Geschwulst. Entleerung von ca. zwei Liter blutiger Flüssigkeit. Drainage des Sackes. Nach neun Tagen wegen eingetretener Grangrän zweite Coeliotomie. Nach Lösung aller Adhäsionen lässt sich die Geschwulst ohne jede Stiel-Ligatur herausnehmen. Mikroskopische Untersuchung ergibt eine fibro-cystische Geschwulst. Dieselbe bestand zweifellos zur Zeit der letzten Schwangerschaft. Letztere verursachte eine Torsion des Stiels, welche vielleicht schon bei der Geburt zur völligen Ablösung führte. Die jetzt freigewordene Geschwulst ging mit den benachbarten Organen Adhäsionen ein, welche schliesslich zu ihrer Fixation in der rechten Seite führten. Der Luftzutritt bei der ersten Coeliotomie hat die Gangrän erzeugt.

3. Vaginale Hysterectomie nach Coeliotomie.

Vortr. hat in 17 Fällen nachträglich die vaginale Hysterectomie machen müssen, in denen er vorher wegen einseitiger Erkrankung der Adnexe diese allein per Coeliotomiam entfernt hatte. Die letzten drei Fälle sind folgende: 1) 27 Jahre, leidet seit einigen Wochen an rechtsseitiger Pyosalpinx. Coeliotomie. Drei Wochen nach dieser unter peritonitischen Erscheinungen Bildung eines linksseitigen Tubentumors. Schwierige vaginale Exstirpation. Ein Teil der linksseitigen Adnexe wegen zu starker Adhäsionen zurückgelassen.

2) 24 Jahre. Seit 4 Jahren an linksseitigen cystischen Adnex-Erkrankungen leidend; sehr schmerzhafte Periode. Coeliotomie. Rechte Adnexe scheinen gesund. 14 Tage p. op. Auftreten eines rechtsseitigen Tumors mit gleichzeitigen Schmerzen links. Vaginale Hysterectomie. Rechtsseitige Pyosalpinx; links fand sich zwischen der Ligatur der Tube und dem Uterus ein eiteriger Sack, taubeneigross.

3) 31 Jahre. Seit mehreren Monaten an einer rechtsseitigen Pyosalpinx leidend. Coeliotomie. Drei Wochen später linksseitige Salpingitis. Total-Exstirpation. In allen drei Fällen vollständige Genesung.

Auf Grund dieser Beobachtung befürwortet Jacobs bei einseitiger eitriger Adnex-Erkrankung auch die Entfernung der andern Seite vor allem durch die vaginale Total-Castration.

4. Enorm grosse doppelseitige Pyosalpinx von der Scheide aus entfernt.

Die eine Tube 19 cm lang, 5 cm breit, die andere 32 cm lang und 7 cm breit. Totale vaginale Castration. Leichte Extraction des Uterus wegen Fehlen von Adhäsionen. Mühelose Entfernung der Adnex-Tumoren nach Punktion derselben. Inhalt steril, deshalb auch Abwesenheit von Adhäsionen, Genesung.

5. Geschlechts-Anomalie eines reifen Kindes.

Fehlen der Ovarien, beide Tuben vorhanden, sie münden je in einen kleinen Uterus, welche in ihrem untern Abschnitt verschmelzen. Scheide und Anus fehlen; Rectum schliesst blind oberhalb des Uterus. Die Urethra endigt in einem Organ ähnlich dem männlichen Gliede. Keine Hoden.

Laurent. Die Behandlung des Uterus- und Scheiden-Epithelioms.

Vortr. gibt in gedrängter Form eine kritische Uebersicht der operativen und sonstigen Heilverfahren gegen obiges Leiden. Nach Erwähnung der am meisten gebrauchten palliativen Mittel, welche stets nur einen vorübergehenden Erfolg geben, schildert er die verschiedenen Methoden der Totalexstirpation einschliesslich der Scheidenexcision nach Ohlshausen. Wo die Totalexstirpation noch angeht, ist jedes andere Operationsverfahren zu verwerfen. Seine Schlussfolgerungen sind folgende: Die chirurgische Behandlung vermag im allgemeinen das Leben um mehr als ein Jahr zu verlängern. Dieses ist zum mindesten die Regel für die klinisch vollständigen Uterus-Exstirpationen und insbesondere für die Fälle, wo die Neubildung sich noch nicht vom Uterus auf Scheide oder umgekehrt ausgedehnt hat. Die Lebensverlängerung kann dagegen auch mehrere Jahre betragen; zuweilen ist dauernde Heilung erzielt worden. — Die schliesslichen Resultate der Hysterectomie scheinen durch das Alter der Patientin nicht wesentlich beeinflusst zu werden.

Die Operation soll vorzugsweise antiseptisch und wenn nöthig mit dem Paquelin durchgeführt werden.

Das noch entfernbare Scheiden-Cervix-Carcinom ist nach vorhergehendem Scheiden-Dammschnitt durch die Gebärmutter-Scheidenexstirpation zu operieren.

Der inoperable Krebs wird vorteilhaft mit Curettage, verbunden mit Verschorfung durch Glüheisen oder unter Anwendung von Chorzink behandelt. Reiner starker Alcohol ist angezeigt für die Reinigung von Geschwürsflächen.

Henrotay. 1. Hysterectomie nach Ventrofixation des Uterus.

Nach einer anderwärts ausgeführten Ventrofixation keine Besserung; beständige linksseitige Schmerzen. Untersuchung: Leichte Cystocele, sehr grosse Empfindlichkeit des vergrösserten Uterus. Chronische Metritis im Stadium der Hypertrophie. Nach erfolgloser Palliativ-Behandlung vaginale Hysterectomie. Nach vollständiger Auslösung des Collum konnte der Uterus weder herabgezogen noch gestürzt werden; so breit und fest war die Haftfläche desselben an der vorderen Bauchwand, welche dem Zuge folgend sich einstülpte. Obwohl nun diese Haftfläche von der Scheide aus zu sehen war, so wurde dieselbe doch zur Vermeidung von Nebenverletzungen von der Bauchhöhle aus getrennt. Nach Schluss der kleinen Bauchdecken-Incision Beendigung der vaginalen Hysterectomie. Genesung.

2. Ueber das Verhalten bei Retention der abgestorbenen Frucht.

Während Tarnier und Budin in solchen Fällen, wo keine Symptome ein energisches Eingreifen verlangen, sich stets abwartend verhalten und sich auf antiseptische Scheideninjektionen beschränken, hat Vortr. in einem mit Sicherheit konstatierten Falle von Fruchttod bei ganz normalem Befinden der Mutter die sofortige Entleerung des Uterus mit gutem Ausgang vorgenommen. Charles ist hier ebenfalls für ein aktives Vorgehen.

Stouffs berichtet über einen Fall von Eclampsie im achten Schwangerschaftsmonat bei einer Multipara, welche vom ersten Anfalle an bis 12 Stunden nach Beendigung der Geburt die Sehkraft verloren hatte. Accouchement forcé.

In Folge Contractur des Collum sehr schwierige Entwicklung des toten Kindes, Genesung der Mutter. In der Diskussion wurden für solche Fälle die Dührssen'schen tiefen Cervix-Incisionen warm empfohlen.

Godart zeigt das Präparat eines Krebses der Clitoris und gibt die Geschichte zweier von ihm ausgeführten Fibrom-Operationen. Beide wurden mit Glück auf dem vagino-abdominalen Wege durchgeführt. Im ersten Falle war das Collum so stark nach oben gezogen, dass man dasselbe von der Scheide aus nicht sofort auslösen konnte. Deshalb zuerst Coeliotomie, Unterbindung der Lig. lat. mit Seide, Anlegen der elastischen Ligatur, Abtragen des Fibroms oberhalb derselben. Darauf Schluss der Bauchhöhle und Entfernung des Collumrestes von der Scheide aus unter Verwendung von Klemmen. Im zweiten Falle wurde die Auslösung des Collum von unten so hoch wie möglich gemacht. Darauf Coeliotomie. Versorgung der Lig. lat. mit Klemmen, Entfernung des Tumor. Jetzt wurden die im Abdomen liegenden Klemmen beiderseits durch eine starke von der Scheide eingeführte Péan'sche Klemme ersetzt. Vortr. befürwortet bei allen Fibrom-Operationen, welche von der Bauchhöhle aus beendet werden müssen, zuerst von der Scheide aus das Collum auszulösen.

Thiebaut. Primäre Tuberculose der Tuben.

Nullipara. 27 Jahre, Mutter und vier Geschwister an Tuberculose zu Grunde gegangen. Allgemeinbefinden gut. Beginn des Leidens seit der Pubertät. Schmerzhafte, unregelmässige, starke Menstruation. Schmerzen in beiden Unterleibsseiten mit Steigerung während der Menses. Lumbar-Schmerz, starker Fluor, Stuhlverstopfung Schmerzen beim Stuhl und Urinieren. Uterus klein, antevertiert, beweglich, unempfindlich. Rechts im hintern Scheidengewölbe eine mit dem Uterus nicht zusammenhängende, hühnereigrosse Geschwulst von unregelmässiger Oberfläche. Ovarium dieser Seite ödematös. Linke Tube fingerdick; Ovarium klein, cystisch entartet. Diagnose: rechts Pyosalpinx, links interstitielle Salpingitis; beiderseitige Ovaritis. Laparotomie mit glücklichem Ausgange. (Jacobs.) Im Inhalt beider Tuben konnten mikroskopisch Tuberkel-Bacillen nachgewiesen werden. Derselbe wurde in die Bauchhöhle zweier Meerschweinchen injiciert. Das eine Tier starb nach sechs Monaten, Bauchhöhle frei, kleiner tuberkul. Leber-Abscess, tuberkul. Pleuritis. Das zweite Tierchen, getötet, zeigte keine tuberkulöse Infektion. Es handelte sich also in diesem Falle um eine reine primäre Tuberkulose beider Tuben, deren vorherige Diagnose unmöglich war, höchstens aus der Anamnese als wahrscheinlich hingestellt werden konnte.

Dorff. Ueber die chirurgische Behandlung der Uterus-Fibrome.

Diskussion.

Dorff. In einem frühern Vortrage hat Redner die Gründe dargelegt, weshalb er die extraperitoneale Behandlung verlassen und Anhänger der verbesserten, intraperit. Ligatur-Methode geworden sei. Der Wert einer Operation beruht auf deren Erfolgen, welche sich auf eine grössere Anzahl von Fällen beziehen müssen. Je grösser die Zahl der Chirurgen, welche mit einer bestimmt vorgeschriebenen Methode gute Resultate erzielen, umsomehr wird letztere unser Vertrauen verdienen. Die Statistik klärt uns über diese Erfolge auf, und wenn sie auch keinen absolut sichern Massstab für die Wertschätzung eines Operationsverfahrens gibt, so ist sie schliesslich doch das einzige Mittel, welches uns ein bestimmtes Heilverfahren in seinem Werte kennen und schätzen lehrt. Jacobs hat in einer 1895 erschienenen Arbeit sein Verfahren der Totalexstirpation wegen Uterus-Fibrom genauer beschrieben und seine Resultate mit denen nach intraperit. Behandlung verglichen. Sich auf eine Statistik von 12 Operateuren stützend, gibt er die Mortalität der letztern auf 25,5 % bis 32,7 % an. Vortr. bestreitet die Richtigkeit dieser Angaben wenigstens für vier Operateure, deren Resultate ihm bekannt sind: Zweifel, Leopold, Chrobak u. Lauwers haben nach der verbesserten Ligatur-Methode 185 Fälle mit 8 Todesfällen operiert = 4,33 %. Vor allem bedarf die eigne Jacobs'sche Statistik einer gewissen Richtigstellung. Zuerst bezieht Jacobs in dieselbe 24 Fälle ein, die er wegen Kleinheit des Fibroms von der Scheide aus ohne Morcellement, ausgeführt hat ohne Todesfall. Nun kommt bei diesen kleinen Fibromen die Frage der Stielbehandlung gar nicht in Betracht, da wohl alle Operateure diese kleinen Geschwülste von der Scheide aus entfernen werden. Hat doch auch Leopold seine 24 derartigen Operationen, auch sämtlich genesen, von den Myomotomien mit Eröffnung der Bauchhöhle scharf getrennt.

Die zweite Gruppe von Jacobs umfasst 21 Fälle von vaginaler Exstirpation mit Morcellement. Drei Todesfälle. Ganz abgesehen von den seitens Jacobs zugestandenen technischen Schwierigkeiten und der sehr langen Dauer einzelner Operationen, würde ein besseres Resultat höchst wahrscheinlich durch die intraperit. Methode oder selbst durch Total-Exstirpation erreicht worden sein.

Die dritte Gruppe der Jacobs'schen Statistik betrifft solche Myome, welche wegen ihrer Grösse nur auf vagino-abdominalen Wege zu entfernen waren, d. h. erst Auslösung des Collum von unten und hierauf Entfernung des Fibroms durch Coeliotomie.

Die abdomino-vaginale Methode, d. h. erst Abtragung des Tumor von der Bauchhöhle mit nachfolgender Entfernung des Collum von der Scheide aus, hat Jacobs verlassen, nachdem er unter fünf Operationen dieser Art drei Todesfälle, gleich 60 %, erlebt.

Jacobs hat nun in dieser letzten Serie unter 21 Operationen drei Todesfälle = 14,28, genau so viel wie beim Morcellement. Schliesslich verwendet Jacobs seine eigene Statistik in der vorteilhaftesten Weise für sich, indem er nämlich die beiden ersten Gruppen (vaginale Totalexstirpation mit oder ohne Morcellement) zusammen wirft, rechnet er für diese eine Mortalität von 5,25 % heraus. Allein, wie bereits erwähnt, die erste Gruppe von 24 Fällen die nur aus einfacher Totalexstirpation besteht, muss aus unserer Discussion ausgeschaltet werden. Zum Schluss zieht Jacobs aus allen drei Gruppen einen gemeinsamen Procentsatz, welcher ihm eine Mortalität von 8,47 liefert, ein sicher glänzendes Resultat im Vergleich zu den 20 bis 30 % Mortalität, welche er irrtümlich der intraperitonealen zuschiebt. Nun sind in diesem letzten Procentsatz bei intraperitonealer Stielbehandlung die verschiedensten Methoden enthalten. Auch das Verfahren bei Totalexstirpation ist sehr verschieden. Wenn nun Jacobs ohne Unterschied der angewandten Methoden die Statistik der intraperitonealen Behandlung mit derjenigen seiner eigenen Totalexstirpationen vergleicht, so erscheint es billig, dass er in letztere seine sämtlichen Fälle von Totalesxtirpation einschliesst.

Jacobs hat nun vier Totalexstirpationen vom Abdomen aus gemacht mit einem Todesfall = 20 %, und wie erwähnt fünf auf abdomino-vaginalen Wege mit drei Todesfällen = 60 %. Diese acht Operationen mit vier Todesfällen müssen seinen 21 sonstigen Totalexstirpationen mit drei Todesfällen hinzugerechnet werden, um die Statistik seiner Gegner mit der seinigen einigermassen gleichzustellen. Somit hätte Jacobs unter seinen 29 Totalexstirpationen sieben Todesfälle = 24,1 %. Diese schlechte Statistik verbessert sich insofern, als die 21 Fälle von Morcellement, welche auch der intraperitonealen Behandlung hätten unterzogen werden können, seinen Totalexstirpationen mit zugerechnet werden. Unter Zurechnung dieser Fälle (21—3 Todesfälle) hat Jacobs unter 50 Totalexstirpationen 10 Todesfälle = 20 % Mortalität. Wir sind noch weit davon entfernt eine bestimmte Operationsmethode als die beste und sicherste anerkennen zu können, und dies wird am besten durch die Thatsache erwiesen, dass die eine oder andre Methode in einzelnen Ländern die vorherrschende ist. Auch wird man sich heutzutage noch schwer entschliessen, eine Methode zu verlassen, welche dem betreffenden Operateur befriedigende Resultate ergeben hat. Der Kranken ist es gleichgültig, welches Verfahren angewandt worden ist, wenn sie nur geheilt wird. Diese Ueberlegung drängt sich auf, wenn man die Resultate von Treub liest, der unter 100 mit elastischer Ligatur behandelten Fällen nur sieben Todesfälle hat, darunter zum Teil sehr schwierige Operationen. Die Schlussfolgerungen des Vortragenden sind folgende:

1) gestattet die Kleinheit des Fibroms seine Entfernung per vaginam, ist dieser Weg der sicherste und einfachste.

2) Kann wegen der Grösse des Fibroms die Totalexstirpation nur mit Morcellement gemacht werden, so konkurrieren mit diesem Verfahren die Totalexstirpation oder die intraperitoneale Behandlung vermittelst Ligatur. Immerhin wird das Morcellement nur für Fibrome mittlerer Grösse, die höchstens bis zur Mitte zwischen Symphyse und Nabel reichen, allgemeine Verwendung finden. Die Castration kann bei bis zum Nabel reichenden Fibromen auch heute noch ihre Indikation finden.

3) Bei sehr voluminösen, nur von der Bauchhöhle aus zu entfernenden Fibromen ist die Totalexstirpation oder intraperitoneale Ligatur-Methode anzuwenden. Diese gab in den letzten zwei Jahren die besten Erfolge.

Jacobs. Die von ihm angeführte Mortalitäts-Statistik bei intraperitonealer Stielbehandlung hat er aus der letzten Ausgabe Pozzi's geschöpft; er betrachtet die Fibrome als Geschwülste, wenn auch nicht gerade maligner Natur, so doch als unverträglich mit der Gesundheit und dem Leben. In kürzerer oder längerer Zeit gehen sie vielfach in Degeneration über. Von diesem Gesichtspunkte aus ist auch das Zurücklassen des Stieles zu beurteilen. Man lässt das Collum, welches bereits zur Zeit der Operation degeneriert sein oder späterhin entarten kann, zurück. So hat Vortr. in amerikanischen Kliniken zwei Fälle gesehen, in denen das zurückgelassene Collum post. op. von Krebs befallen wurde. Deshalb sei die Totalexstirpation als das in jeder Beziehung sicherste allen andern Verfahren vorzuziehen, umsomehr als deren fortschreitende Verbesserungen die Mortalität sehr herabgedrückt haben. Bei 461 Fällen von Totalexstirpation beträgt die Mortalität 70 = 15,1 %. Seine eigenen 26 Totalexstirpation ergeben neun Todesfälle. Redner gibt dem vagino-abdominalen Verfahren unter Anwendung der Klemmen den Vorzug.

Deletrez. Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Uterusfibrome.

Vortr. hat bis zum Jahre 1890 die extraperitoneale Methode angewandt. Von da bis heute hat er 50 Myomotomien mit versenkter, elastischer Ligatur ausgeführt. Zu dieser Behandlungsweise ist er im Verlauf einer Fibrom-Operation gekommen, bei der er wegen unstillbarer Blutungen die elastische Ligatur hat zurücklassen müssen. Diese 50 Operationen ergaben fünf Todesfälle. Die Ligatur-Methode hat gewisse schwere Nachteile, welche sich auf die Schwierigkeit der aseptischen Behandlung der Ligatur und auf die Gangrän des Stumpfes beziehen. Daher die verschiedenen Bestrebungen, diese Nachteile zu beseitigen. Richelot, De Baisieux und Pasquier waren nach dieser Richtung hin thätig. Das Verfahren des letzteren, praktisch noch nicht erprobt, wird genau beschrieben. 196 mit versenkter elastischer Lig. behandelte Fibrom-Operationen, operiert von vier Chirurgen, weisen eine Mortalität von 31 auf. Bei den letzten drei Fibromfällen hat Vortr. die Totalexstirpation angewandt in der Weise, wie er sie bei Fritsch persönlich kennen gelernt, nur mit einer kleinen Modifikation, welche darin besteht die Blase vor Eröffnung des vorderen Laquear von der Bauchhöhle aus nach unten zu schieben. Von diesen drei Totalexstirpation ist die erste durchgekommen.

Keiffer. Beitrag zum Studium der Uterus-Innervation.

Vortr. hat mit der von Cajal verbesserten Metode von Golgi die feinere Anatomie der Uterusnerven, insbesondere die noch hypothetische Existenz eines automatischen intra-uterinen Nervenplexus studiert. Die excito-motorischen Fasern sympathischen wie dorsalen Ursprungs teilen sich nach wellenförmiger Entfaltung unter dem subperitonealen Gewebe in feine Fasern, die, sich wieder in feinere isolierte Fasern auflösend, in den glatten Muskelfasern endigen. Diese Nervenfasern sind reine Achsencylinder ohne Marksubstanz. Unabhängig von diesem System findet man mitten im Muskelgewebe ein reiches, aus nervösen Zellen gebildetes Netz mit zahlreichen Ausläufern, welche sich dichotomisch vielfach teilend mit den Ausläufern gleicher benachbarter Zellen in Verbindung treten und schliesslich mit ihren feinsten Endigungen in die Muskelfasern münden. Diesen Nervenzellen begegnet man nur in glatten Maskelfasern. Beide genannten Systeme gehen Verbindungen ein, welche die Reflexerscheinungen in der Sphäre der Motalität und Sensibilität erklären. Das erste System findet sich bei reifen Embryonen des Meerschweinchens. Das nervöse Zellennetz erscheint beim Meerschweinchen und bei der Hündin erst mit der deutlichen Entwicklung des glatten Muskelgewebes.

Dr. Dorff.

II. Gynäkologische Sektion des Kgl. ungarischen Aerztevereines zu Budapest.

(1. Sitzung vom 11. Februar 1896.)

Vorsitzender: Herr Th. v. Kézmárszky; Schriftführer: St. Tóth.

Der Vorstand konstituierte sich folgendermassen: Vorsitzender: Theodor v. Kézmárszky; Vorsitzender-Stellvertreter: Wilhelm Tauffer; Schriftführer: Stefan Tóth; Sekretär: Rudolf Temesváry; Cassier: M. Liebmann; Bibliothekar: J. Bruck.

Vorsitzender eröffnet die Sektionsverhandlungen mit einer warmen Ansprache, in welcher er der Manen des unsterblichen ungarischen Geburtshelfers Semmelweis gedenkend als herrschende Idee unseres Faches die Reinlichkeit und mit ihr die Vorbeugung der infektiösen Erkrankungen hinstellt. Andererseits betont er jedoch die Gefahren der Polypragmasie, zu der man gerade wegen der durch die Reinlichkeit erreichten günstigen Mortalitätsstatistik leicht verleitet wird. —

Demonstration von Präparaten: 1. Bäcker: Foetus papyraceus, von einer 28jährig. I P. mit einem ausgetragenen Zwillingskinde. Er empfiehlt zugleich das Formalin als vorzügliches Konservirungsmittel von Präparaten.

2. Herr Tauffer demonstriert drei Fälle von komplizierten, teils mit gutem Erfolg operierten, teils noch zu operierenden Blasen-Scheiden-Fisteln.

Vortrag des Herrn H. Schultz: Beiträge zur Pathologie und Therapie der weiblichen Gonorrhoe.

Gestützt auf die Erfahrungen, die Vortr. an 216, teils Spitals- teils ambulanten Kranken gesammelt, gibt er der Ueberzeugung Ausdruck, dass das einzige charakteristische Zeichen einer gonorrhoischen Erkrankung in einem positiven Gonokokken-Befund bestände und dass ein negativer Befund gegen eine derartige Erkrankung spräche. Die Therapie betreffend spricht Verf. dem 10 % Argentamin, das er stets mit der Braun'schen Spritze in das Uteruscavum injiciert, warm das Wort, da er mit dieser Behandlungsweise sowohl inbetreff der Quantität, als Qualität des Sekretes vorzügliche Erfolge erzielte.

(2. Sitzung vom 3. März 1896.)

Vorsitzender Herr v. Kézmárszky: Schriftführer: Herr Tóth.

Demonstrationen: 1) Herr Dirner: Cystistubo-ovarialis purulenta. — Sacto-salpinx purulenta, die in ein mit ihr zusammengewachsenes Kystom durchgebrochen war. — Kystoma papillare superficiale (Olshausen), das sich bei der mikroskopischen Untersuchung als gutartig erwies.

In der Diskussion bemerkt Herr Elischer, dass auch er einen ähnlichen Fall beobachtete und dass solche Fälle nach der Operation glatt zu verlaufen pflegen, jedoch nicht selten auch Metastasen bilden und Ascites verursachen.

Herr Tauffer erwähnt auch einen von ihm operierten und von v. Velits mitgeteilten Fall eines gutartigen gestillten Papilloms des Eierstockes.

Herr Tóth demonstriert zwei Fälle von Pseudomyoxma peritonei. Beide Patienten waren ältere Frauen (48 resp. 51 Jahre alt) und bei beiden waren die sehr dünnwandigen Kolloidcysten geplatzt und die Erkrankung sekundär auf das Peritoneum übergegangen, dessen ganze Fläche mit einer 3 bis 4 mm dicken, zähe anklebenden gelatinösen Masse bedeckt war. In dem einen Falle war die Cyste doppelseitig. Beide Fälle heilten glatt.

Herr Bäcker bemerkt, dass auch an der Prof. v. Kézmárszky'schen Klinik vor drei Wochen ein ähnlicher Fall (35jähr. Frau) operiert wurde. Die Wand der mannskopfgrossen Cyste war sehr dünn und leicht zerreissbar, doch konnte an derselben kein Riss entdeckt werden. Glatte Heilung.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Schultz: Ueber die Pathologie und Therapie der weiblichen Gonorrhoe.

Herr Dirner hält die obligatorische Untersuchung auf Gonokokken bei Prostituirten für unausführbar, da diese nur dann einen Wert hätte, wenn das Secret der Vulva, Urethra, Vagina, Cervix und der Uterus zugleich untersucht würde. Er sah vom Argentamin keine günstige Beeinflussung der klinischen Symptome der Gonorrhoe, so dass er nach einer kurzen Versuchsreihe wieder zum Ag. nitr. und Chlorzink zurückkehrte. Auch die Braun'sche Spritze hält

er für diese Zwecke für nicht verwendbar. Er zieht die Bandl'sche Canüle, oder die Sänger'sche flache Sonde vor. —

Herr Bäcker möchte die mikroskopische Untersuchung der Gonorrhoe nicht über die klinische stellen; namentlich sei der negative Befund nicht massgebend, denn bei der chronischen Gonorrhoe sind oft nur so wenig Mikroorganismen vorhanden, dass deren Nachweis — wie dies auch Wertheim bewies — nur mittelst Kulturverfahrens, oder bei Eindringen der Gonokokken in tiefere Gewebsschichten, nicht einmal so möglich sei. Er hält übrigens die Gonorrhoe nicht für so leicht heilbar wie Vortr. und gewann stets den Eindruck, dass, wo einzelne Kranke genasen, dies im Laufe der Zeit als spontan geschehen sein würde. Er schildert sodann die an der v. Kézmárszky'schen Klinik übliche Behandlungsweise der Gonorrhoe, die im acuten Stadium in absoluter Bettruhe und äusseren Waschungen, im chronischen Stadium in Scheidenausspülungen, sowie in lokaler Behandlung der Urethra besteht; hauptsächlich seien auch die rings um die äussere Urethralmündung befindlichen Lacunen, die Ausführungsgänge der Bartholini'schen Drüsen, u. s. w. gründlich zu behandeln, wozu er für die besten Mittel 2% Chlorzink-, eine Lapis- oder Sublimat-Lösung hält. Die gonorrhoische Endometritis sei nur dann zu behandeln, wenn die Adnexa nicht miterkrankt sind, oder wenn der Entzündungsprocess sich begrenzt zu haben scheint. In solchen Fällen sei die Playfair-Sonde, die Braun'sche Spritze, oder bei Blutungen die Curette in Anwendung zu bringen. Als Aetzmittel empfiehlt B. concentriertere Lapis- sowie Chlorzinklösungen, und sah er in letzterer Zeit auch von dem Salicylsäure-Alkohol befriedigende symptomatische Resultate. Bei Adnexerkrankungen bestünde die Therapie in absoluter Ruhe und Eisumschlägen; im chronischen Stadium sah er viel Nutzen von der Massage. Nur wenn diese, sowie die übrige konservative Therapie wirkungslos sind, wenn die Kranke arbeitsunfähig wird, sei ein operatives Verfahren indiciert, obwohl die diesbezüglichen Erfahrungen nicht die günstigsten sind, da in den meisten Fällen hartnäckige, Jahre hindurch bestehende und immer wieder recidivierende Stumpfexsudate sich bildeten. B. ist deshalb dort, wo ein operativer Eingriff indiciert ist, für die Totalexstirpation des Uterus und der Adnexa, welche Operation an der genannten Klinik schon zweimal mit gutem Erfolge ausgeführt wurde.

Herr Mahler sah bei Leopold viele Fälle, wo weder in der Urethra, Vagina, Cervix, noch in der Uterushöhle für gewöhnlich Gonokokken zu finden waren und wo dann während der Menstruation ausgeführte Untersuchungen positive Resultate ergaben. M. hat auch in der Berliner Charité mit Strassmann in 150 Fällen später ausführlich zu beschreibende Kontrollversuche angestellt, um zu erfahren, was aus der vor fünf Jahren bestandenen Pyosalpinx, Salpingitis und Endometritis während dieser Zeit geworden war, und fand, dass in einem Teile der Fälle wohl subjektives Wohlbefinden vorhanden war, die Pyosalpinx jedoch sich gar nicht verringert hatte. In einem andern Teil der Fälle war die Peritonitis recidiviert und schliesslich war bei einem dritten Teil eine scheinbare Heilung, ja sogar in zwei Fällen Schwangerschaft eingetreten.

Herr Tauffer nimmt auch den Standpunkt ein, dass ein negativer Gonokokkenbefund noch nicht gegen den Bestand einer Gonorrhoe spräche. Die Therapie betreffend ist er jedoch nicht so pessimistischer Anschauung wie Bäcker. Im akuten Stadium der Gonorrhoe sei keine Lokaltherapie am Platze; hier wirken laue Sublimatausführungen am besten; in einem späteren Stadium der Vulvo-vaginitis oder Vaginitis sei die Scheidenwand im Speculum mittels 5% Chlorzinklösung energisch abzureiben und die Scheide mit Jodoformgaze lose auszustopfen; der Tampon sei dann am nächsten Tag zu entfernen und die Scheide mit einem schwachen Desinficiens auszuspülen. Dieses Verfahren, zu welchem T. die Empirie führte, wird in 4—5-tägigen Intervallen 2—3 mal wiederholt, worauf dann die Lokalbehandlung mittelst Lapislösung fortgesetzt wird. T. sah von diesem Verfahren sehr gute Erfolge; er kennt Frauen, die er vor Jahren so behandelte und deren Leiden seitdem nicht recidivierte. Ja er sah sogar in mehreren Fällen Schwangerschaft auftreten und ihr normales Ende erreichen dort, wo der gonorrhoische Process auf das Endometrium übergegangen war; bei einer Pat. war sogar auf der einen Seite ein Adnextumor vorhanden.

Wenn die Erkrankung schon auf die Tube übergegangen ist, so sei übrigens im besten Falle nur eine Besserung zu erzielen. Bei dieser chron. Salpingitis ist T. Anhänger der palliativen Therapie, hauptsächlich der Massage, der er den grössten Wert beilegt.

Bei der Aufstellung der Indikation einer Radikaloperation sei die sociale Stellung der Pat. sehr wichtig; denn arme Kranke stellt man mit der palliativen Behandlung nicht zufrieden, da diese ihren Tumor je früher desto lieber loshaben wollen. Als Operationsart zieht auch T. wegen der traurigen Erfahrungen, die er mit den Stumpfexsudaten gemacht hat, die Totalexstirpation des Uterus und der Adnexa vor und hält er das Belassen des Uterus bei Adnextumoren für einen unberechtigten Conservativismus.

Herr Tuszkai hält die Gonorrhoe für nur schwer heilbar und auch für ihn ist der negative Gonokokkenbefund nicht massgebend.

Herr Róna bemerkt, dass Adnexerkrankungen (Erkrankungen der Prostata, Vesicula seminalis, Epididymis u. s. w.) auch beim Manne im Anschluss an Gonorrhoe bekanntlich häufig vorkommen, und trotzdem könne man nicht sagen, dass der Tripper beim Manne unheilbar wäre. Die periurethralen Lacunen des Weibes behandelt er in der Weise, dass er in dieselben mittelst einer feinen Silberkanüle Lapislösung injiciert; die Bartholini'schen Gänge schneidet er auf. Das Argentamin hält er für ein vorzügliches Antigonorrhoicum.

Herr Schultz hält die Gonokokken-Untersuchung schon deshalb für wertvoll, weil ohne dieselbe die nur gonorrhoisch scheinende Erkrankung immer für eine wirkliche gehalten würde; andererseits wieder würde die Gonorrhoe oft dort nicht diagnosticiert, wo sie de facto vorhanden sei. Bei den mittelst Argentamin geheilten Fällen verschwanden nicht nur die Gonokokken, sondern auch der Ausfluss wurde geringer und klarer. Drei negative Untersuchungen hält Sch. zum Ausschluss der Gonorrhoe für genügend; auch Neisser sei dieser Ansicht. Von dem Gebrauch der Braun'schen Spritze sah Sch. nie Peritonitis auftreten. Die Reïnfection des Uterus von den Tuben her hält er für unmöglich, da bei der gonorrhoischen Erkrankung der Tube das Ostium uterinale derselben stets undurchgängig sei. Die weibliche Gonorrhoe kann nur in einer kleinen Anzahl von Fällen für unheilbar erklärt werden. Sch. empfiehlt schliesslich das Argentamin aufs Wärmste.

Temesváry (Budapest).

Buchanzeigen.

Wilh. Nagel. Die weiblichen Geschlechtsorgane. (2. Lieferung des Handbuchs der Anatomie des Menschen, herausgegeben von Karl von Bardeleben.) Jena 1896.

Die Bearbeitung der weiblichen Geschlechtsorgane in einem Handbuch der Anatomie hätte kaum einem geeigneteren Autor übertragen werden können, als W. Nagel, dessen anatomische und entwickelungsgeschichtliche Untersuchungen unsere Kenntnisse auf diesem Gebiet vielfach erweitert haben.

Die überaus sorgfältige Arbeit fasst in klarer, übersichtlicher Darstellungsweise alle seit altersher anerkannten und neuerdings hinzu erworbenen Forschungsresultate zusammen. Bei der topographischen Schilderung der relativen Lage der Organe zu einander ist in dankenswerther Weise auf die bei gynäkologischen Operationen in Betracht kommenden Verhältnisse Rücksicht genommen. Nicht nur der Anatom wird in dem Buche alles Wissenswerte zusammengestellt finden, sondern auch der praktische Gynäkologe wird aus der Lektüre desselben vielfach Belehrung erfahren.

Bei jedem Organ ist die Entwickelungsgeschichte desselben in kurzer Weise skizziert und werden vergleichende Betrachtungen über die einschlägigen Befunde bei Tieren angestellt. Viele interessante Befunde werden mitgeteilt, welche der Verf. bei seinen Studien in den grossen englischen und Pariser Museen erhoben hat. Erwähnung verdienen ferner noch die genauen Massangaben, welche N. bei der Besprechung der einzelnen Organe über deren Grössen-, Gewichts- etc. Verhältnisse mitteilt. Zahlreiche Abbildungen, welche in glücklicher Weise Naturtreue mit Schematismus vereinigen, erläutern den Text. Von speciellen Angaben sei folgendes hervorgehoben:

N. tritt der unter Gynäkologen allgemein verbreiteten Ansicht entgegen, dass das Colon mit seiner Fortsetzung, dem Mastdarm unterhalb der Promontorium links liege und sich allmählich von links her der Mittellinie nähert. Dem sei nicht so. Das Colon begiebt sich manchmal schon in der Nähe des Promontorium auf die rechte Seite und nähert sich nur von rechts her der Mittellinie um (als Mastdarm) durch den Beckenboden zu treten; dass der Ureter vom Rectum aus abgetastet werden könne, hält N. nicht für möglich. Bei geöffneter Bauchhöhle sei die A. hypogastrica ein zuverlässiger Wegweiser für das Auffinden des Ureters und auch leicht zu erkennen an der pulsierenden Vorwölbung des Peritoneum. Die Verbindung zwischen Ureter und vorderem Scheidengewölbe einerseits und zwischen Collum und Blasenwand andererseits ist eine so innige, dass beim Zug am Uterus die Ureteren mit herabtreten. Zu beiden Seiten des Collums ist die Verbindung mit dem Uterus keine so innige und der Uterus lässt sich hier etwas zwischen den Ureteren herabziehen. Eine von der Scheide aus tief in das parametrane Gewebe eingeführte Ligatur behufs Unterbindung der A. uterina wird höchst wahrscheinlich den Ureter mitfassen, weil dieser unterhalb der A. uterina liegt. Geht die Nadel an dem Ureter vorbei und wird dabei überhaupt ein Gefäss gefasst, so ist dies in den meisten Fällen nur der Cervicalast der A. uterina und der Eingriff ist desswegen nicht nur zwecklos, sondern auch gefährlich.

Beim Kapitel „Ovarien" macht N. mit Recht darauf aufmerksam, dass es unrichtig ist, einen mit cystischen Follikeln versehenen Eierstock als krank zu betrachten, denn in der Regel handelt es sich um ganz normale Follikel auf verschiedenen Stufen der Entwickelung.

Die von Holl kürzlich an einem menschlichen Ei gefundene Mikropyle hält N. für ein Kunstprodukt.

Bezüglich des temporären Verhältnisses zwischen Ovulation und Menstruation ist N. der jetzt wohl am meisten verbreiteten Ansicht, dass die Entleerung des Eies auch unabhängig von der Menstruation stattfinden könne. Die Berstung des Follikels kommt nicht durch eine plötzliche Steigerung des intrafollikulären Druckes zustande, sondern durch Wucherung der Luteinzellen und Fettmetamorphose des Follikelepithels.

Die Morgagnische Hydatide stammt aus dem blinden oberen Ende des Wolff'schen Ganges.

Die accessorischen Tubenostien entstehen, nach N.'s Ansicht, wahrscheinlich unabhängig von der Entwickelung der Tube durch nachträgliche stellenweise Verdünnung und Durchbruch der Tubenwand mit Vorfall der Schleimhaut. Drüsen gehören nicht zu den regelmässigen Bildungen der Tubenschleimhaut, doch hält es Verf. nicht für befremdend, wenn einmal Drüsen, besonders in der Nähe des Uterus gefunden werden sollten.

Bei Ueberleitung des Eies verhält sich das Fimbrienende passiv, und ein grosser Teil von Eiern geht in der Bauchhöhle verloren.

Die Drüsen des Uterus besitzen eine doppeltkonturierte, kernführende Basalmembran und Flimmerepithel.

Die Glandula Bartholini muss ihrer Entwickelungsgeschichte nach zu den tubulösen Drüsen gerechnet werden.

Das letzte Kapitel ist der Anatomie der Mamma gewidmet.

Gebhard-Berlin.

Die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge. Auf Grund von 60 Fällen aus der Kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Tübingen dargestellt von **Otto Sarwey**, Assistenzarzt. Berlin 1896. Hirschwald.

Der Titel des Buches mit seiner Beschränkung auf die Beckenenge gilt nur für den II. Teil der Arbeit, im I. Teil gibt Verf. einen höchst dankenswerten vollständigen Ueberblick über die historische Entwickelung der Lehre von der künstlichen Frühgeburt in England, Frankreich und Deutschland von den ersten Anfängen (1756) bis auf die neuesten Bestrebungen verschiedener Autoritäten, das Gebiet der künstlichen Frühgeburt zu Gunsten des konservativen Kaiserschnitts aus relativer Indikation (Sänger, Zweifel) und der Symphysiotomie (Zweifel, Pinard u. a.) einzuengen; ferner gibt S. eine Zusammenstellung sämtlicher für die künstliche Frühgeburt aufgestellten Indikationen und sämtlicher veröffentlichten Verfahren nebst Modifikationen.

Der II. Teil enthält zunächst eine tabellarische Uebersicht über 60 in der Tübinger Klinik wegen engen Beckens mit Erfolg eingeleitete Frühgeburten mit exakten Angaben über Beckenmaasse, frühere Geburten, kindliche Kopfmaasse und alles, was in Bezug auf die Operation selbst und ihre unmittelbaren Erfolge, auch betreffs des späteren Schicksals von Mutter und Kind von Wichtigkeit ist.

Um als Zeitpunkt für die Operation möglichst den zu wählen, wo der Kopf gerade noch das Becken passieren kann, wurde besonderer Wert auf die genaue Diagnose der Beckenform gelegt; der mehrfach wiederholten manuellen Beckenmessung und -austastung gegenüber böten die neueren Pelvimeter keine Vorteile. Zur Bestimmung der Schwangerschaftszeit wurde neben den Ergebnissen der Anamnese und Palpation die Messung der Kopf-Steisslänge (Ahlfeld) verwandt.

Zur Beurteilung der Grösse des Kopfes diente in geeigneten Fällen ausser der Messung von den Bauchdecken aus die Berechnung seiner queren Durchmesser aus der intrauterinen Fruchtlänge nach der Ahlfeld'schen Tabelle, ferner das P. Müller'sche Impressionsverfahren und das Verfahren von Fehling.

Der Termin der Einleitung der künstl. Frühgeburt wurde möglichst weit hinausgeschoben, nie wurde vor der 33. Woche begonnen; kurz vorher Kontrolle der Herztöne und event. äussere Wendung auf den Kopf.

Bei dem Kapitel: Methodik schildert Verf. zunächst die allgemeinen Grundsätze der Tübinger Klinik zur Verhütung des Puerperalfiebers.

Bemerkenswert ist, dass bei der Desinfektion des Untersuchenden das Hauptgewicht auf die mechanische Reinigung gelegt wird, dass als Desinficiens nur Lysol zur Anwendung kommt und dass prophylaktische Scheidenausspülungen verworfen werden.

Die verwandte Methode besteht, da es ein unbedingt wirksames Verfahren nicht gibt, in der Kombination von zwei Hauptverfahren, nämlich:

1) der modificierten Kiwisch'schen Douche. Bei halb liegender, halb sitzender Lagerung der Frau wird alle 2—3 Stunden (4—5 mal täglich) mit 60—120 l Wasser von 30° R. aus 1 m Fallhöhe irrigiert und dabei öfters durch Verlegung des Scheideneingangs die Scheidenwand in mässige Spannung versetzt;

2) der Krause'schen Methode. Wenn durch die Douchen die Cervix verkürzt und der Muttermund womöglich für zwei Finger durchgängig ist, wird ein solides mässig dickes Bougie unter Leitung der Finger eingeführt, welches 6—12—24 Stunden liegen bleibt und event. später erneuert wird.

Daneben wurden als Unterstützungsmethoden angewandt:

1) Lauwarme protrahierte ($^1/_2$—$1^1/_2$ stünd.) Vollbäder (28—30° R.),
2) künstlicher Blasenstich,
3) Secale in mittleren Dosen,
4) Hamilton's Methode: Ablösung des unteren Eipols,
5) vaginale Colpeuryse,
6) Laminariastift.

In 40 Fällen genügten die Hauptmethoden allein.

Die Zeitdauer bis zum Eintritt regelmässiger Wehen betrug $^1/_2$—236 Stund., im Mittel 26 Stunden, bis zur Beendigung der Geburt 7—251 Stund., im Mittel 76 Stunden.

In vier Fällen, deren Geschichten im Anhang gegeben werden, wurden die verschiedensten Methoden resultatlos angewandt (also 6,2% Misserfolge.)

Die Wochenbettbehandlung geschieht nach den allgemeinen Principien der Klinik, welche kurz auseinandergesetzt werden; sie weichen von den anderwärts geltenden Regeln nicht ab; nur dass die Wöchnerinnen vom 4. oder 5. Tage ab selbst die Reinigung ihrer Genitalien besorgen, ist an anderen Kliniken wohl nicht gebräuchlich.

Für die Kinder wird die Credé'sche Wärmewanne angewandt; sie werden öfter als rechtzeitig geborene an die Mutterbrust gelegt, werden zur Anregung des Stoffwechsels mehrmals — 3—4 mal — täglich gebadet und, falls sie viel schlafen, öfters durch Hautreize u. s. w. zum Schreien gebracht.

Von den Becken waren 28 platt, und zwar 7 einfach platt, 21 rachitisch platt; allgemein ungleichmässig verengt waren 17, allgemein gleichmässig verengt 11.

Von diesen hatten 46 eine C. v. von 7,0—8,4 und nur 10 ein C. v. von 8,5—9,2. Ausserdem waren 2 Becken quer verengt, 1 schräg verengt, 1 trichterförmig.

Ausserordentlich niedrig ist die Operationsfrequenz bei S., was wohl hauptsächlich dem Grundsatz zuzuschreiben ist, bei Einleitung der K. Fr. jedesmal eine Kopflage herzustellen. 23 mal wurde die äussere Wendung vorgenommen und zwar nur dreimal ohne Erfolg; hier war die Querlage in der Form des Uterus begründet (Ut. arcuatus). 49 Geburten verliefen spontan, nur 11 mit Kunsthilfe: 2 Zangen, 6 Wendungen (3 wegen Querlage, 1 wegen Nabelschnurvorfall, 1 bei Placenta praevia, 1 bei Fieber), 3 Perforationen bei totem Kind.

Die Hauptergebnisse seiner Arbeit fasst S. folgendermassen zusammen:

Von 60 Operierten blieben am Leben 59, starb an Pyaemie 1 (1,6%).

Ein völlig normales Wochenbett machten durch 47 = 78,3%.

Temperatursteigerungen im Wochenbett zeigten 13 Frauen = 21,7%.

Von diesen 13 beträgt die Infektionsmorbidität mit Allgemeinerscheinungen: 1,6% (der Todesfall), die Infektionsmorbidität mit örtlichen Störungen 0%

6 von den 13 zeigten Resorptionsfieber bei sonst völlig normalem Verhalten der Genitalien = 10%, rein accidentelle, mit den Genitalorganen nicht zusammenhängende Temperatursteigerungen ebenfalls 6 = 10%.

Von den Kindern wurden lebend geboren 50 = 83,3%, totgeboren 10 = 16,7%.

Von den lebend geborenen starben innerhalb des ersten Tages 4 = 8%.

Von den lebend geborenen starben innerhalb der nächsten 14 Tage 3 = 6,0%.

Lebend entlassen wurden 43 Kinder = 71,7%. Von 36 lebend entlassenen Frühgeburtskindern endlich haben laut eingezogener Nachricht 28 = 78,0% das erste Lebensjahr überstanden.

Ausserdem enthält der statistische Teil der Arbeit eine vergleichende Statistik der künstlichen Frühgeburt von 40 Nummern mit 1100 Geburten.

Im Anhang werden 14 der interessanteren Krankengeschichten ausführlicher mitgeteilt.

Von den Abbildungen sind besonders bemerkenswert einige Tafeln, welche Konfigurationen und Druckmarken an kindlichen Köpfen sehr schön wiedergeben.

Die fleissige Arbeit Sarwey's ist als jüngste, monographische Darstellung eines inviduell so verschieden beurteilten Themas, wie es immer noch die künstliche Frühgeburt ist, ebenso verdienstlich wie zeitgemäss.

Westphalen (Flensburg).

Paul Meissner. Mikroskpische Technik der ärztlichen Sprechstunde. Berlin, Verlag von Boas und Hesse 1896. (38 S.)

Bei der grossen Bedeutung, welche die histologische und bakteriologische Untersuchung für die Diagnose allmählich gewonnen hat, ist es freudigst zu be-

grüssen; das der Verf. es unternahm, auf beschränktem Raum eine für die Bedürfnisse des praktischen Arztes möglichst hinreichende Zusammenfassung der mikroskopischen Technik und der bewährten Färbemethoden zu geben.

Wenn auch das in Taschenformat hergestellte, zum Nachschlagen sehr übersichtlich gestaltete Büchlein an manchen Stellen die im Titel gesteckten Grenzen überschreitet, anderseits manches vermissen lässt, was zur „mikroskopischen Technik der ärztlichen Sprechstunde" gehört, so kann es doch jedem Arzte, vorallem auch dem Gynäkologen, bestens empfohlen werden.

Kutz-Leipzig.

Tages-Nachrichten und Notizen.

Pajot †.

Mit Pajot, der das hohe Alter von 80 Jahren erreichte, ist eine typische Gestalt der französischen Geburtshülfe, einer ihrer bedeutendsten Vertreter aus dem Leben geschieden, nachdem er 1886 an der gesetzlichen Altersgrenze angelangt, aus seinem Lehramt getreten war, das er seit 1863 innegehabt hatte, zuerst für theoretische Geburtshülfe, dann 1883 als Nachfolger von Depaul in der Stellung als Professor der praktischen Geburtshülfe an der Gebärklinik der Pariser medicinischen Facultät.

Seine Habilitationsschrift „Ueber die traumatischen Verletzungen des Kindes unter der Geburt" (1853) ist heute noch eine Fundgrube von Daten über diesen Gegenstand. Wohl in keinem deutschen Lehrbuch fehlt die Beschreibung seiner Methode der „Céphalothripsie répétée sans traction" (1863), deren Wirkungskreis freilich durch den verbesserten Kaiserschnitt eingeschränkt wurde. Von seinem besonderen Interesse für die Verkleinerungsoperationen zeugt auch die Erfindung seines glockenförmigen Trepans mit den beiden federnden Messerchen sowie seine Bemühungen das von Philippe Boyer herrührende Verfahren der Embryotomie mittels Drahtschnürer zur Geltung zu bringen („Ueber Schulterlagen bei den höheren Graden von Beckenverengung und ein neues Verfahren der Embryotomie" 1865). Zahlreiche Einzelaufsätze von Pajot sind z. Th. gesammelt in seinen „Elementen der praktischen Geburtshülfe" sowie in seinem Buche „Geburtshülfliche und gynäkologische Arbeiten."

Ein gross angelegtes, von Dubois begonnenes Werk „Traité complet de l'art des accouchements" ist über den zweiten von ihm gelieferten Band (1871 bis 1875) nicht hinausgekommen.

Als Gegner einer zu freigebigen Anwendung des Chloroforms bei Geburten zeigte sich P. in der polemisch gehaltenen Schrift „Ueber das Chloroform bei natürlichen Geburten vom wissenschaftlichen und praktischen Standpunkt" (1875). Auch war er kein Freund der Tarnier'schen Bestrebungen zur Verbesserung der Zange, sondern blieb dem Levret'schen Modell treu, das er mehrfach modificierte, namentlich in Richtung einer der kleinen englischen Zange entsprechenden Verkürzung.

Hinter seinen hervorragenden Leistungen auf geburtshülflichen stehen die auf gynäkologischem Gebiete weit zurück: es waren meist kleinere Aufsätze wie „Ueber Dysmenorrhoe und Sterilität in ihren Beziehungen zur Stenose der Cervix", „Ueber Heilung der Lageveränderungen des Uterus durch die Schwangerschaft", „Ueber Catarrh des Uterus und der Scheide" u. a. m. Der grosse Einfluss, den Pajot auf die Weiterentwicklung unseres Faches in Frankreich ausübte, zeigt sich auch darin, dass er Mitstifter und erster Vorsitzender der „Pariser geburtshülflich-gynäkologischen Gesellschaft" sowie Begründer der „Annales de Gynécologie et d'Obstétrique" gewesen ist, der ältesten der jetzt bestehenden französischen Fachzeitschriften, die sich überall des grössten Ansehens erfreut.

Allein diese Gründungen werden Pajot's Namen auf die Nachwelt vererben, wo ein grosser Teil seiner wissenschaftlichen Arbeiten schon der Geschichte angehört. S.

Dr. Bernhard Kroenig hat sich als Privatdocent für Gynäkologie an der Universität Leipzig habilitiert. Desgleichen Dr. Pozzoli in Parma.

Dr. Withridge Williams ist zum ausserordentlichen Professor für Geburtshülfe an der Johns Hopkins Universität in Baltimore ernannt worden.

Die „American Association of Obstetricians and Gynecologists", welche neben der „American Gynäcological Society" sich hoher Blüte erfreut, hält ihre diesjährige 9. Jahresversammlung, unter dem Vorsitz von Joseph Price in Philadelphia, in der Zeit vom 22.—24. September in Richmond Va. ab.

34 Vorträge waren angekündigt.

Litteratur-Verzeichnis.

I. Geburtshülfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Brennecke, Die sociale Bewegung auf geburtshülflichem Gebiete während der letzten Jahrhunderte. Halle a. d. S., Karl Marhold.

Huber, *W.*, Ueber Abortbehandlung. Samml. zwangl. Abh. a. d. G. der Frauenhlk. u. Geburtsh. B. I, Heft 5. Halle 96. K. Marhold.

2. Allgemeines.

Metzlar, *C.*, Tweede serie van 200 accouchementen. Nederl. Tijdschr. voor Verlosk. en Gyn. 96. Afl. 3.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Balland, De l'influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et de l'allaitement. Thèse. Paris 96.

Branch, *W.*, Hydramnios and twins. Brit. med. journ. 96. No. 1854.

Brinton, *Wilmer*, Sudden deaths in the puerperium, with report of a case. Amer. journ. of obst. July 96.

Budin, *Pierre*, Troubles survenus chez les nourrices. L'Obstétrique. 15. Juillet 96.

Mc. Cann, *Frederick*, *John*, On the importance of the examination of the abdomen during the puerperium with special reference to the involution of the puerperal uteri. Brit. med. journ. 96. No. 1856.

Clavaud-Ribourgeon, Hydropsie de l'amnios dans les grossesses gemellaires. Thèse. Paris 96.

Consolas, Un cas d'utérus et vagin doubles, diagnostic fait au moment de l'acouchement. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Drews, *Richard*, Ueber den Einfluss der Somatose auf die Sekretion der Brustdrüsen bei stillenden Frauen. Centralbl. f. innere Med. 96. No. 23.

Dubé, De la grossesse et de l'accouchement chez les primipares. Thèse Paris 96.

Duvernet, Fièvre gravidique. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Elder, *George*, On peripheral neuritis in pregnancy. The Lancet. 96. No. 3804.

Fowler, *G.*, A case of inversio uteri. The Lancet 96. No. 3804.

Glaevecke, Ueber Impetigo herpetiformis. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 1. Berlin 96.

Gustin, *P.*, Note sur un cas de superfoetation. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Hack, *G.*, Ueber die Gestalt der Chorionzotten in den ersten Monaten der Schwangerschaft. Diss. Heidelberg 96.

Jefferiss, *Walter K. S.*, Case of obstructed labour due to occlusion of the os uteri. Brit. med. journ. 96. No. 1856.

Josephson, D. D., Om Inversio uteri. „Hygiea". Juli 96.
Lafon, Contribution à l'étude de l'hémiplégie puerpérale. Thèse. Paris 96.
Mazier, Maurice, On cardial disease during pregnancy. Ann. of Gyn. and Paed. July 96.
Monsiorski, Etude historique sur l'insertion vicieuse du placenta. Thèse. Paris 96.
Oliver, Thomas, Gangrene of the leg in puerperal Women, with severe pain in and analgesia of the affected limb. The Lancet. 96. No. 3801.
Schanz, Fr., Die Beteiligung des Optikus bei der puerperalen Polyneuritis. Deutsche med. Woch. No. 28. 96.
Siou, Contribution à l'étude de l'hydramnios, dite aigue et de son traitement. Thèse. Paris 96.
Vogt, H., Den puerperale dödelighed og dens forhold til antiseptik og operativ födselshjælp i Norge 1882—1891. (Verhältnis d. puerp. Sterblichkeit zur Antisepsis und op. Geburtsh. in Norwegen.) Norsk. Mag. f. Lægevid. Juli 96.

4. Enges Becken.

Braun von Fernwald, Ein Beitrag zur Kenntniss des spondylolisthetischen Beckens. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 1. Berlin 96.

5. Geburtshülfliche Operationen und Therapie, Abortus, Operationen im Wochenbett.

Bossi, L. M., Sur la dilatation artificielle du col de la matrice. L'Obstétrique. 15. Juillet 96.
Caruso, Francesco, Metodi antichi del taglio cesareo. (Fortsetzung). Arch. di Ost. e Gin. Maggio 96.
Clerc, Louis Le, Hémorrhagie grave post-abortum arrêtée par la transfusion de sérum artificiel. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.
Decio, Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante. Ann. di Ost. e Gin. Giugno 96.
Fournier, C., Traitement préventif du rétrécissement du bassin. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.
Frey, De l'utilité du curettage précoce comme moyen thérapeutique et prophylactique dans les retentions intra-utérines de débris placentaires ou membraneux. Thèse. Paris 96.
Kossmann, R., Glycerin zur Einleitung der Geburtstätigkeit. Therapeut. Monatshefte 96, II.
Laran, Traitement de l'infection puerpérale par le sérum de Marmorek. Thèse. Paris 96.
Leocata, Due tagli cesarei conservatori con sutura dell'utero e ligatura e recisione delle trombe. Arch. di Ost. e Gin. Maggio 96.
Maygrier, Ch., Des injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives. L'Obstétrique. 15. Juillet 96.
— Opération Césarienne. L'Obstétrique. 15. Juillet 96.
Moussous, Symphyséotomie à terme. — Lésions osseuses au niveau du pubis. L'Obstétrique. 15. Juillet 96.
Oehlschlaeger, Die Zange an dem nachfolgenden Kopf. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 31.
Pobedinsky, N., Ein Kaiserschnitt nach Porro mit glücklichem Erfolge für Mutter und Kind. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 31.
Remy, S., A propos de l'accouchement prématuré provoqué. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.
Rosenburg, Julius, The management of occiput-posterior positions. The New-York Policlinic. Jan. 96.
Streubel (Chemnitz): Ein Beitrag zur aktiven Behandlung des Puerperalfiebers. Zeitschr. f. prakt. Ae. 96. No. 14.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Eagleson, J. B., Rupture of sac and death of foetus in abdominal pregnancy at full term. Immediate operation with recovery. Journ. of the Amer. med. association. 22. Feb. 96.

Gordon, S. C, Two peculiar cases of extra-uterine pregnancy. Amer. gyn. a. obst. journ. July 96.

Lewers, Arthur H. N., A case of ruptured extrauterine pregnancy; tubal mole; intra-peritonel haemorrhage; abdominal section; recovery. The Lancet. 96. No. 3801.

Ludwig, Heinrich, Eierstocksschwangerschaft neben normaler uteriner Schwangerschaft; Laparotomie am fünften Tage nach der Spontangeburt der uterinen Frucht. Wien. klin. Woch. 96. No 27.

Mann, Matthew D., The choice of operation in ectopic gestation. Amer. gyn. a. obst. journ. Juli 96.

Michinard, P., A case of plural ectopic gestation: Rupture; operation; recovery; subsequent uterine pregnancy. Amer. journ. of obst. July 96.

Oliver, James, Ovarian pregnancy, operation (Sac containing foetus and placenta removed intact); Recovery; experiment with Röntgen rays. The Lancet. 96. No. 3804.

Wyke, Gill, Ectopic gestation. Amer. gyn. a. obst. journ. July 96.

7. Eklampsie.

Schlichting, P., Pathologische Anatomie der Puerperal-Eklampsie unter Benutzung der Sektionsberichte der in der Königlichen Frauenklinik zu Halle a. S. in den Jahren 1887—1894 verstorbenen Eklampsiefälle. Diss. Halle 96.

8. Osteomalacie.

Meslay, Etude anatomo-clinique de l'ostéomalacie. Thèse. Paris 96.

9. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

Arndt, Ein Fall von Dünndarmprolaps durch den offen gebliebenen Ductus omphalo-entericus. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 1. Berlin 96.

Baume, Da la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Clasen, E. (Altona-Bahrenfeld). Ein Handgriff zur Wiederbelebung asphyktisch Geborener. Zeitschr. f. prakt. Ae. 96. No. 14.

Cohn, Hermann, Ueber Verbreitung und Verhütung der Augeneiterung der Neugeborenen in Deutschland, Oesterreich-Ungarn, Holland und der Schweiz. (Sammelforschung.) Berlin 96. Oscar Coblentz.

Etienne, G., La fièvre typhoïde du foetus. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Frankland, E., Humanised milk. Brit. med. journ. 96. No. 1856.

Gevaert, A propos des maladies de l'ombilic chez les nouveau-nés. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Goldberger, H., Seltene Zwillingsfrüchte a) Kongenitale Hautdefekte an dem ausgetragenen Kinde, b) Foetus papyraceus. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 30.

Hesse, W., Ueber einen neuen Ersatz der Muttermilch. Berl. klin. Woch. No. 30. 96.

Lemere, Sur l'hémorrhagie du cordon ombilical. Thèse. Paris 96.

Magne, Réflexe cutané respiratoire chez le foetus à terme. Thèse. Paris 96.

Rousseau, Tractions rythmées de la langue et insufflation dans l'asphyxie des nouveau-nés. Thèse. Paris 96.

Schaefer, E., Die Methoden der Behandlung asphyktischer Neugeborener. Diss. Bonn 96.

Stevenson, Louis E., A case of tetanus neonatorum. The Lancet. 96. No. 3804.

Style, Mark, A case of tetanus neonatorum. Brit. med. journ. 96. No. 1855.

Schultze, B. S., Vom Schwingen tief scheintot geborener Kinder. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 96. No. 15.

Schwab, A., Ligature et pansement du cordon ombilical. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Tiercelin, E., Des injections sous-cutanées de sérum dans le traitement des infections gastro-intestinales du nourrison. Arch. de Gyn. et de Toc Juillet 96.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Chrobak, *R.* und *A. v. Rosthorn*, Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. (I. Teil, I. Hälfte). Wien 96. Alfred Hölder.

Knapp, *Ludwig*, Klinische Beobachtungen über die Wanderniere bei Frauen. Berlin 96. Fischer's medic. Buchhandl.

11. Allgemeines.

Mead, *Kate Campbell*, Treatment of diseases of women by abdominal massage and electricity. Amer. journ. of obst. July 96.

Kirkley, *Cyrus A.*, Liability to prosecution for damages in abdominal surgery. Amer. gyn. a. obst. journ. July 96.

Pluyette, *E.*, Reglée à 46 mois. — Contribution à l'étude des menstruations précoces. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Salvy, Des rapports de la menstruation et de l'érysipèle. Thèse. Paris 95—96. Ref. in „La Semaine gynécologique. 96. No. 24.

Senator, *H.*, Ueber das Vorkommen von Diabetes mellitus bei Eheleuten und die Uebertragbarkeit des Diabetes. Berl. klin. Woch. No. 30. 96.

Stapfer, Les états syncopaux. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juillet 96.

Strassmann, Beiträge zur Lehre von der Ovulation, Menstruation und Conception. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 1. Berlin 96.

Ueber die Behandlung der „klimakterischen Beschwerden". (Sammelbericht.) Wiener med. Blätter. 96. No. 30.

Westphalen, Zur Physiologie der Menstruation. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 1. Berlin 96.

12. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Eckardt, Ueber die Beschaffenheit der Uterusmucosa nach Kastration. Centralbl. f. Gyn. 96. No. 30.

Neumann, *Julius*, Ueber „malignes Deciduom". Wien. klin. Woch. 96. No. 27.

Ribbert, *H.*, Zur Entstehung der Geschwülste. Deutsche med. Woch. No. 30. 96.

13. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

v. Arx, *M.*, Die Statik der Beckenorgane unter besonderer Berücksichtigung des Scheidenvorfalls und seiner Beseitigung. Cystocelelevation. Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. 96. No. 13. u. 14.

Bruetz, Ein Fall von Endotheliom der Portio vaginalis. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 1. Berlin 96.

Hirst, *Barton Cook*, The bacteriology of vaginal secretions. Amer. journ. of obst. July 96.

Graefe, *M.*, Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Prof. Dr. Kossmann. betreffend die „Elytroperitonaeotomie". Centralbl. f. Gyn. 96. No. 29.

Müller, Ein Fall von Artresia hymenalis congenita. Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. 96. No. 14.

Peterson, *Reuben*, Treatment of pelvic suppuration by abdominal section without hysterectomy. Amer. journ. of obst. July 96.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Auscaler, Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins. Thèse. Paris 95—96. Ref. in „La Semaine gyn." 96. No. 24.

Macphail, *Andrew*, Sarcoma of the uterus. Amer. journ. of obst. July 96.

Becking, *G. Th.*, Bijdrage tot de casuistik der Laparotomie tijdens graviditeit gecompliceerd met fibromyomen. Nederl. Tijdschr. voor Verlosk. en Gyn. 96. Afl. 3.

Byrne, *John*, On the relative merits of total or partial hysterectomy for cancer of the cervix by ordinary methods and supravaginal excision by galvanocautery. Amer. gyn. a. obst. journ. July 96.

Claret, Des tumeurs kystiques intra-pelviennes secondaires à l'hystérectomie vaginale. Thèse. Paris 96.

Debuchy, Hystérectomie vaginale pour utérus fibro-myomateux pesant 800 grammes. Guérison. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Duvrac, Contribution a l'étude du traitement palliatif du cancer utérin par le chlorate du soude. Thèse. Paris 96.

Frappier, Vaisseaux sanguins de l'utérus. Des differents procédés d'hémostase dans les hystérectomies. Thèse. Paris 96.

Fry, Henry D., Myomectomy; fatal secondary hemorrhage with rising temperature. Amer. jonrn. of obst. July 96.

Gebauer, E., Beiträge zur Lehre vom inoperabeln Uterus-Carcinom. Diss. Halle 96.

Giresse, Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires consécutives à l'hystérectomie vaginale. Thèse. Paris 95—96. Ref. in „La Semaine gyn." 96. No. 24.

Gordon, S. C., Effect of hysterectomy upon the vagina. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. July 96.

Kleinhans, Fritz, Ueber metastatisches und gleichzeitiges Vorkommen von Krebs in der Gebärmutter und in anderen Unterleibsorganen. Zeitschr. f. Heilk. Bd. XVII, 96.

Kocks, Ueber die künstliche Verkürzung der Ligamenta lata (Ligamenta cardinalia) von der Scheide aus bei Prolaps und Inversio uteri. Centralbl. f. Gyn., 96. No. 32.

Mundé, Paul, F., Virginal and senile endometritis. Amer. Journ. of Obst. July 96.

Myri, L'isteropessi studiata dal punto di vista ostetrico. Ann. di Ost. e Gin. Giugno 96.

Nijhoff, G. C., Eenige opmerkingen naar aanleiding van een vaginale hysterectomie volgens de methode Doyen (Reims). Nederl. Tijdschr. voor Verlosk. en Gyn., 96. Afl. 3.

Pichevin, R., Pour le curage de l'utérus. La Semaine gyn., 96. No. 24.

Piras, De l'hystéropexie abdominale dans ses rapports avec la puerpéralité. Thèse. Paris 96.

Polk, William, M., Hysterectomy for fibroid, carcinoma and in pregnancy, after ligation of the anterior trunk of the internal iliac artery. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. July 96.

Schmid, Métrorrhagies et métrite hémorrhagique. Considérations cliniques, anatomiques et pathogéniques. Thèse. Paris 96.

Sippel, Albert, Die Ausschabung der Gebärmutter. Die Praxis '96. No. 13. Frankfurt a. M.

Wagner, O., Ein Beitrag zur Therapie der Haematometra mit besonderer Berücksichtigung der unilateralen Form. Diss. Breslau 96.

15. Ovarium. Tuben. Ligamente.

Cocard, Les traitements des kystes de l'ovaire pendant la grossesse et les suites des couches. Leur valeur rélative. Thèse. Paris 95—96. Ref. in „La Semaine gynécologique, 96. No. 24.

Condamin, R., De la marsupialisation des kystes de l'ovaire; traitement ultérieur en cas de récidive. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Cullen, Thomas, S., Adeno-Myoma of the round ligament. Bull. of Johns Hopk. Hosp. May-June 96.

Donnet, R., The late results of conservative operations on the ovaries. Ann. of Gyn. and Paed. July 96.

Fehling, H., Ueber Ovariotomie von der Vagina aus. Centralbl. f. Gyn., 96. No. 30.

Fourmeaux et *Coulmont*, Double péri-ovaro-salpingite scléreuse ancienne. — Hystérectomie vaginale. — Myocardite infectieuse récente. — Symphyse cardiaque ancienne. — Mort subite au 4e jour. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Gordon, S. C., Two pregnancis following removal of both ovaries and tubes. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. July 96.

Jacobs, Pyosalpingite ancienne et rétroflexion adhérente, — Grossesse, — Tentative de redressement de l'utérus gravide par laparotomie, — Avortement. — Pyosalpinx énorme, — Intervention vaginale, — Guérison. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Jayle, F., Opothérapie ovarienne contre les troubles consecutifs à la castration chez la femme. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Laroche, Contribution à l'étude de l'inclusion des kystes dans les ligaments larges. Thèse. Paris 96.

Liesau, H., Der Einfluss der Castration auf den weiblichen Organismus mit besonderer Berücksichtigung des sexuellen und psychischen Lebens. Diss. Freiburg 96.

Löhlein, H., Ueber Blutungen in Ovarialcysten. Deutsche med. Woch. No. 26, 96.

Rendu, Kyste dermoïde du ligament large. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juillet 96.

Riedel, W., Ein Fall von Haematoma ovarii bei einem Neugeborenen. Diss. Halle 96.

Sutton, R. Stansbury, Double ovariotomy followed by pregnancy and delivery at term. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. July 96.

Zangemeister, W., Ueber Sarkome des Ovariums. Diss. Heidelberg 96.

Zumbusch, O., Fibroma ovarii. Diss. Bonn 96.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Bauer, A., Ein Fall von localem traumatischen Emphysem nach Laparotomie. Diss. Tübingen 96.

Bovée, J. Wesley, Anterior colpotomy in pelvic disease. Amer. Journ. of Obst. July 96.

Cartledge, A. M., Diffuse septic peritonitis. Amer. Practioner and News. 21. March, 96.

Gow, William J., Anterior colpotomy and vaginal fixation. The Lancet, 96. No. 3801.

Goering, R., Die Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomien. Diss. Jena 96.

Hane, Anton, On tubercular peritonitis. Ann. of Gyn. and Paed. July 96.

Köhler, F., Zur Diagnostik der abdominalen Tumoren. Diss. Freiburg 96.

Rissmann, P., Ueber peritoneale Plastik. Berl. klin. Woch. No. 29, 96.

Siefart, G., Zur Indikation und Technik der vaginalen Laparotomien. Deutsche med. Woch. No. 29, 96.

Rosenblat, De l'incision du cul-de-sac postérieur dans les suppurations et les hématoceles pelviennes. — Étude critique. Thèse. Paris 95—96. Ref. in: La Semaine Gyn., 96, No. 24.

17. Harnorgane. Fisteln.

Bensa, De l'exstirpation totale de la vessie pour cancer. Thèse. Paris 96.

Camero, Contribution à l'étude du traitement de la cystite douloureuse chez la femme par le curettage vésical. Thèse. Paris 96.

Delbet, Pierre, De l'incontinence partielle d'urine chez la femme et son traitement. Arch. de Gyn. et de Toc. Juillet 96.

Fenger, Christian, Conservative operative treatment of sacculated kidney. Cystonephrosis. S.-A. aus: „Ann. of Surgery." London, June 96. Cassele & Co.

Fenomenoff, La suture des fistules vésico-vaginales. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juillet 96.

Knapp, Ludwig, Klinische Beobachtungen über die Wanderniere bei Frauen. Zeitschr. f. Heilk. Bd. XVII, 96.

Kouwer, Bijdrage tot de diagnostiek der ureterfistels (Simulatie door eene hysterica). ed. l. Tijdschr. voor Verlosk. en Gyn., 96, Afl. 8.

— Een ureter steen als oorzaak van oponthoud gedurende de baring. Nederl. Tijdschr. vo r Verlosk. en Gyn. 96, Afl. 3.

Pourtier, Du p lapsus de la muquense urétrale chez la femme. Thèse. Paris 96.

Reynolds Edward, Some aspects of ureteritis in Women. Amer. Journ. of Obst. Jul/ 96.

18. Gonorrhoe.

Chai , Traitement de l'uréthrite blennorrhagique chez la femme par les tiges d'Ichthyol. Thèse. Paris 96.

Kiefer, *F.*, Zur Differentialdiagnose des Erregers der epidemischen Cerebrospinalmeningitis und der Gonorrhoe. Berl. klin. Woch.. 96, No. 28.
Schumacher, *H.*, Ueber Salpingitis und Parametritis gonorrhoica im Wochenbett. Diss. Halle 96.
Sée, *M.*, Etude bactériologique de la blénnorrhagie chez la femme. Ann. de Gyn. et d'Obst. Juillet 96.
Vezinat, De la blénnorrhagie ascendante chez la femme. Thèse. Paris 96.

19. Mamma.

Beatson, *George Thomas*, On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma. Suggestion for a New Method of Treatment, with Illustrative Cases. Lancet 96. No. 3802 und 3803.

20. Technisches. Akiurgie.

Duke, *Alexander*, New aluminium uterine probe. The Lancet, 96. No. 3805.
Ambler, *Hawkins*, A new uterine screw dressing sound. Brit. med. Journ. 96, No. 1856.
Ihle, *Otto*, Ungestielte Unterbindungsnadel. Aerztl. Polytechnik. Juli 96.
Reck, *A. B.*, A new steam desintector. The Lancet, 96. No. 3805.
Richards, *Percy*, *A. E.*, Aluminium instruments: a warning. The Lancet, 96. No. 3805.
Schaeffer, *R.*, Ueber Catgutsterilisation. Berl. klin. Woch. 96. No. 30 u. 31.

21. Darm.

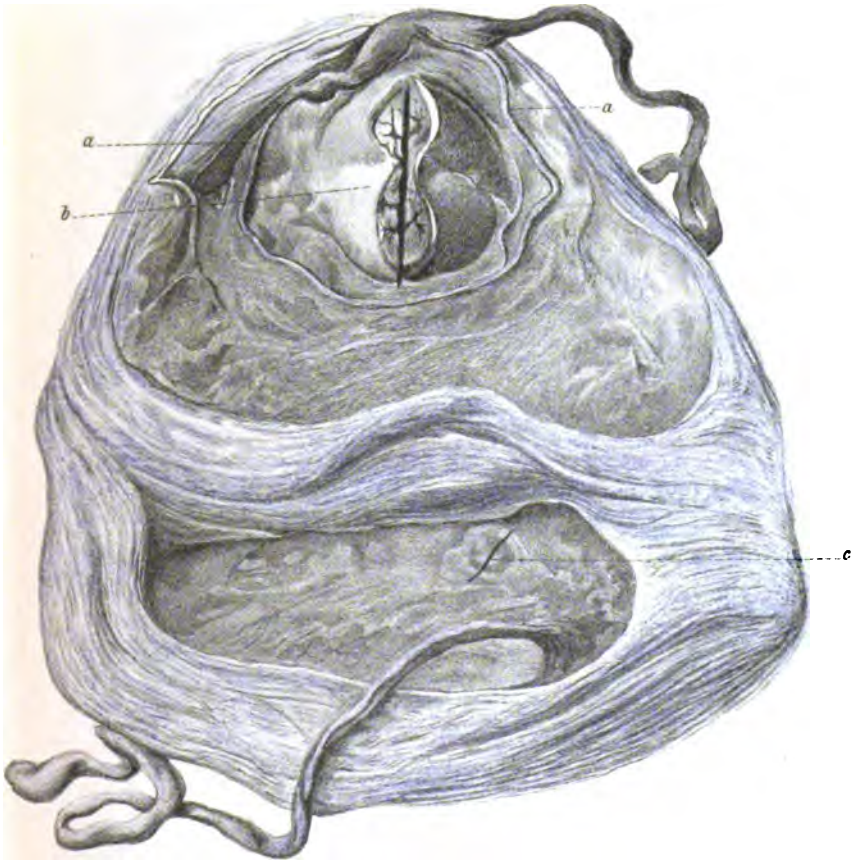
Schaeffer, *O.*, Kongenitaler Prolaps der Rectalmucosa mit Divertikelbildung in Folge von circumscripter Schleimhauthypertrophie. Centralbl. f. Gyn., 96. No. 29.
Witte, *E.*, Die Resorptionsfähigkeit des Dickdarms in gynäkologischer Beziehung. Deutsche med. Woch. No. 29, 96.

22. Narkose. Antiseptica.

Darteyre, Le lysol. Ses propriétés antiseptiques, thérapeutiques et désinfectantes. Thèse. Paris 96.
Gumpertz, *K.*, Narkosenlähmung des Nervus cruralis. Deutsche med. Woch. No. 31, 96.
Heintz, *A. J. W.*, Der protrahirte Chloroformtod. Klinische, pathologisch-anatomische und experimentelle Beobachtungen. Diss. Freiburg 96.
The „Lancet" and the Hyderabad commissions on chloroform. London, The Lancet Office.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig

Fig. 1.



J. Bukowski fec. H. A. Weyn Lith. Inst. Berlin S.

Verlag von S. Karger in Berlin N W. 6.

Fig. 2.

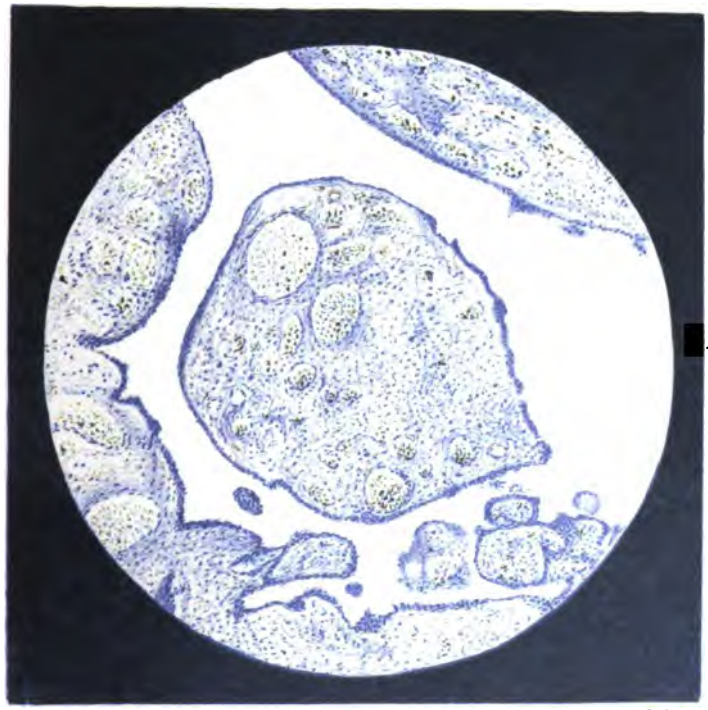


Fig. 3.

J. Bukowski fec. W. A. Meyn Lith. Inst. Berlin S.

Verlag von S. Karger in Berlin N.W. 6.

Originalarbeiten.

I. Zur intrauterinen Therapie.

Von

M. HOFMEIER.

Die Veranlassung zu den folgenden Zeilen giebt mir ein Fall, der im Sommer 1895 dem Medizinalkomité der hiesigen Universität zum Obergutachten unterbreitet wurde, und den ich für wichtig genug halte, um ihn weiteren ärztlichen Kreisen zur Kenntniss zu bringen. Mit Genehmigung des vorgesetzten Königlichen Ministeriums teile ich denselben zunächst mit, indem ich mich ziemlich genau an den Wortlaut der Akten halte, welche natürlich das Substrat für die Beurteilung des ganzen Falles abgeben müssen.

Die 21jährige unverehelichte F. H. aus H. litt seit längerer Zeit an dyspeptischen Beschwerden, nervösen Störungen und weissem Fluss. Sie war deswegen einige Wochen in der Behandlung des praktischen Arztes X., der die Kranke zunächst medikamentös, dann mit Einspritzung (in den Uterus?) von Kali. hypermangan. und Jodtinktur behandelt haben will. Da die Behandlung erfolglos war, so wandte er am 23. März 1895 Abends 8 Uhr bei einem ärztlichen Besuch der Kranken in seiner Wohnung eine 50%ige Chlorzinklösung an, von deren Gebrauch er bei gleicher Erkrankung kurz vorher bei einem anderen Mädchen die besten Erfolge gesehen haben will. Die Einspritzung wurde mit einer Metallspritze gemacht, die 6 ccm. fasste, die $^1/_3$ gefüllt gewesen sein soll und ein ausserordentlich dünnes und langes metallenes Ansatzstück hatte. Die Einspritzung soll in der Weise gemacht worden sein, dass ohne Erweiterung des Cervix die Spritze eingeführt wurde und nach der Einspritzung vor dem Herausziehen der Spritze die Flüssigkeit wieder zurückgesogen worden sein soll.

Gleich nach der Einspritzung verspürte die H. heftige Leibschmerzen, so dass in der Wohnung des X. Opiumtinktur angewandt werden musste. Nachdem die Schmerzen etwas nachliessen, trat die H. den Heimweg zu Fuss an; unterwegs wurden die Schmerzen aber bereits unerträglich. Zu Hause angekommen, wälzte sich die Kranke vor Schmerzen auf dem Boden, schrie „sie müsse verbrennen“

etc. Es trat Erbrechen ein, Anschwellung des Leibes, Verfärbung des Gesichts, Verschwinden des Pulses, und trotz aller angewandten Analeptika trat morgens 8½ Uhr, also kaum 12 Stunden nach der Einspritzung, der Tod ein. Die vorläufig beerdigte Leiche wurde nach 12 Tagen wieder ausgegraben, und am 13. April wurde die gerichtliche Sektion gemacht.

Da alle übrigen Organe normal befunden wurden, so teile ich hier nur den Befund in der Bauchhöhle mit: „Im unteren Teil der Bauchhöhle etwa 100 gr. rötlicher, leicht getrübter Flüssigkeit. Bauchfell zeigt in seinen unteren und vorderen Teilen hochgradige Anfüllung der Gefässnetze; das Netz sehr fettreich, in seinem unteren Teil in Folge hochgradiger Anfüllung der Blutgefässe stark gerötet. Die Därme in Folge starker Anfüllung der Gefässnetze stark rot gefärbt, die tiefer liegenden Dünndarmschlingen von trüber Oberfläche.

Gebärmutter an normaler Stelle, etwas nach links; der linke Eileiter etwas geknickt, der rechte Eileiter in normaler Weise um den rechten Eierstock herumgelagert. Die vor und hinter der Gebärmutter gelegenen Bauchfellfalten zeigen keinen abnormen Inhalt. Im Douglas'schen Raum einige leicht lösliche Verwachsungen, kein Eiter, kein Gerinnsel.

Bauchfellüberzug der Gebärmutter, der beiden Mutterbänder und der Eileiter gerötet und getrübt. Gebärmutter etwa um die Hälfte vergrössert; die Substanz derselben schneidet sich derb, zeigt hellrote Färbung. Die Schleimhaut der Gebärmutter ist in einen grauen, schmierigen, leicht abstreifbaren Schorf verwandelt. Die Schleimhaut des rechten Eileiters glatt, glänzend, zeigt nirgends Verschorfung, am äusseren Ende graublau verfärbt, in der Umgebung keine Verklebung. Rechter Eierstock etwas gross, mit einem geplatzten Follikel. Der linke Eileiter zeigt sich am Anfang offen, an der Knickungsstelle (etwa 1½ cm. nach seinem Ursprung aus dem Uterus) enger; der übrige äussere Teil erweitert. Schleimhaut glatt, glänzend, nicht verschorft. Im linken Eierstock eine erbsengrosse Cyste.

Scheideneingang und Scheide blass, ohne Geschwürbildung; aus dem äusseren Muttermund ergiesst sich (vor der Eröffnung des Uterus) etwas gelbbraune, zähe, schmierige Masse.

Soweit das Protokoll, welches ich möglichst wortgetreu wiedergegeben habe.

Nach dem ganzen klinischen Verlauf des Falles wird Niemand bezweifeln können, dass infolge des Einspritzens einer 50prozentigen Chlorzinklösung in die Uterushöhle eine akute Peritonitis erzeugt worden ist, welche in 12 Stunden zum Tode führte.

In einer ganzen Anzahl von Veröffentlichungen der letzten Jahre, auch aus grösseren Kliniken, ist der Gebrauch der Braun-schen Spritze behufs Einführen von flüssigen Medikamenten in den Uterus zurückgewiesen und dieses Instrument geradezu als ein gefährliches bezeichnet worden. Die Anhänger dieser Anschauung würden jedenfalls, wenn hier keine Sektion gemacht worden wäre, in diesem

Fall eine neue Bestätigung ihrer Anschauung sehen und höchst wahrscheinlich denselben so deuten, dass es sich um einen Durchtritt der Aetzflüssigkeit durch die Tuben oder um einer Durchbohrung des Uterus handelte, und sie würden hierin die Quelle der Peritonitis und damit des Todes sehen. Ich muss gestehen, dass ich die Anschauungen über die Gefährlichkeit der Braun'schen Spritze niemals geteilt habe. Schon in Berlin, in Giessen und an der hiesigen Klinik habe ich dieselbe in der ausgedehntesten Weise bei der intrauterinen Behandlung angewendet und anwenden lassen, und kann nur versichern, dass ich bei ihrem vorsichtigen Gebrauch kaum jemals Unannehmlichkeiten gesehen habe, ausser — bei der Anwendung von Chlorzinklösungen. Den Berichten von Unglücksfällen in Folge des Uebertritts eingespritzter Flüssigkeit durch die Tuben in die Bauchhöhle bringe ich das allergrösste Misstrauen entgegen, und Niemand wird mich überzeugen, dass bei der lebenden Frau — abgesehen von ganz ungewöhnlichen und jedenfalls überaus seltenen Anomalien von Seiten der Tuben — vorsichtig, unter mässigem Druck in den Uterus eingespritzte Flüssigkeit durch die Tuben hindurch geht und nicht vielmehr neben der Spritze wieder abläuft. Der vorliegende Fall ist ein neuer Beweis dafür. Die Sektion beweist, dass von der Aetzflüssigkeit gar nichts in die Tuben eingedrungen ist, allerdings auch aus dem äusseren Muttermunde nichts ausgeflossen zu sein scheint. Denn nirgends waren hier irgend welche Aetzwirkungen wahrnehmbar.

Es sei hier gleich noch ein anderer, mir gelegentlich von einem Kollegen mitgetheilter Fall erwähnt, bei dem nach intrauteriner Einspritzung einer alkoholischen Carbollösung im Laufe der nächsten Tage Peritonitis und Tod eintrat. Auch hier also schien die intrauterine Injektion für die Kranke verhängnissvoll gewesen zu sein. Die Sektion ergab aber einen geplatzten Pyosalpinx als Todesursache.

Also nicht die Einführung der Braun'schen Spritze, oder das Einspritzen der Flüssigkeiten in den Uterus an sich ist das Gefährliche, sondern die Anwendung ungeeigneter Flüssigkeiten und ihre Anwendung unter ungeeigneten Verhältnissen!

Was den ersten Punkt anbetrifft, so ist bekanntlich vielfach in den letzten Jahren die Anwendung von concentrierten Chlorzinklösungen für gynaekologische Zwecke empfohlen worden und ich möchte nicht unterlassen zu bemerken, dass in der gerichtlichen Rechtfertigung seines Verfahrens der betreffende Kollege sich ausdrücklich auf die Empfehlung dieses Mittels bei Endometritis in dem gynaekologischen Vademecum von Dührssen berufen hat. Ich füge gleich hinzu, um kein Missverständnis aufkommen zu lassen, dass dieses Medikament in dieser Concentration allerdings dort sehr nachdrücklich empfohlen ist (Dührssen V. Aufl. p. 101), aber unter dem ausdrücklichen Hinzufügen, dass nach der Einspritzung rasch der Spülkatheter eingeführt werden soll, um die überschüssige Flüssigkeit zu entfernen. Auf der folgenden Seite wird ausserdem bemerkt, dass bei öfter wiederholten Aetzungen die Anwendung der Braun'schen Spritze nur im Hause der Patientin zu machen sei, und dass man bei ambulanter Behandlung sich nur der Playfair'-

schen Sonde bedienen dürfe unter Ausspülung des Uterus vor und nach der Aetzung.

Vielleicht trägt diese Mitteilung aber doch etwas dazu bei, dass diejenigen Autoren, welche für Gynaekologie und Geburtshülfe derartige oder andere heroische Mittel litterarisch empfehlen, ein wenig mehr die ausserordentliche Verantwortlichkeit, welche sie dadurch unter Umständen auf sich laden, erwägen und zum mindesten die nothwendigen oder unerlässlichen Vorsichtsmassregeln in einer unverkennbaren und bestimmten Weise gleich dabei zum Ausdruck bringen. Denn dass 50 % Chlorzinklösung ein ganz kolossales Aetzmittel ist, ist klar; ebenso sicher ist aber auch, dass eine solche Concentration ganz unnötig ist. Dass sie geradezu lebensgefährlich werden kann, beweist der vorliegende Fall. Denn es kann nach dem Sektionsbericht ja gar nicht zweifelhaft sein, dass die intensive Aetzwirkung sich durch die Uteruswände hindurch auf das Peritoneum sehr schnell verbreitet und hier die letale Peritonitis erzeugt hat. Es muss wohl zugegeben werden, dass die ausserordentliche Schnelligkeit der Wirkung durch die dicken Muskelwände hindurch etwas sehr Ungewöhnliches hat; aber es bleibt doch keine andere Erklärung, nachdem eine Verletzung ausgeschlossen ist und die Tubenschleimhaut durchaus normal befunden wurde. Verschlimmert mag der ganze Folgezustand ja auch noch dadurch sein, dass die Kranke gezwungen war, den Weg von der Wohnung des Arztes nach der ihrigen (wenn ich nicht irre, etwa 20 Minuten) zu Fuss zurückzulegen. Schwerlich würde die deletäre Wirkung aber überhaupt ausgeblieben sein, auch wenn die Kranke gleich nach der Injektion sich hingelegt hätte.

Die tödtliche Einwirkung des Medikaments in diesem Fall auf den Gesamtorganismus legte auch die Frage zum mindesten nahe, ob es sich nicht ausser der örtlichen Aetzwirkung um eine direkt toxische Wirkung auf den Organismus gehandelt haben kann. Indess ist, soweit ich mich erkundigen konnte, von derartigen toxischen Wirkungen von Chlorzinklösungen nichts bekannt.

Die ausserordentliche Aetzwirkung des Chlorzinks tritt aber auch schon nach 5- und 10prozentigen Lösungen hervor. Stärkere Lösungen habe ich persönlich niemals angewendet und auch diese nur, wenn vorher der Cervix genügend erweitert war und der Uterus mit einer indifferenten Flüssigkeit ausgespült werden konnte. Was ich aber überhaupt von Uteruskoliken und peritonealen Reizungen nach intrauteriner Behandlung gesehen habe, war fast ausschliesslich nach dem Gebrauch solcher Lösungen. Ich kann demnach nicht verstehen, wie diejenigen Autoren, welche 50prozentige Lösungen häufig anwenden, nicht viel öfter solche Erscheinungen erleben. Vielleicht ist es dadurch zu erklären, dass die Meisten die Anwendung mit der Playfair'schen Sonde machen, wobei nach meiner Ansicht und Erfahrung über diese Anwendungsweise das Meiste im Cervix abgestreift wird, jedenfalls aber sehr wenig und auch dies noch durch den Inhalt des Uterus verdünnt und abgeschwächt auf die Uterusschleimhaut gebracht wird. Dies ist nur dann zu vermeiden, wenn

der Cervix vorher so weit gemacht worden ist, dass der Wattebausch durchgeführt werden kann, ohne von den Wänden des Cervix comprimiert zu werden. Dann aber brauchen wir diese Vorsichtsmassregeln gewöhnlich nicht. Ich habe mich aus diesen Gründen niemals recht mit dem allgemeinen Gebrauch der Playfair'schen Sonde oder ähnlichem Instrumente für die intrauterine Behandlung befreunden können und gebrauche fast ausschliesslich und in ausgedehntestem Masse eine modificierte Braun'sche Spritze aus Hartgummi. Sie fasst etwa 5 gr, hat an der Spitze eine centrale und mehrere seitliche Oeffnungen und ein nicht zu dünnes Ansatzstück. Gerade deshalb halte ich es für wünschenswert beim Hartgummi zu bleiben und die Ansatzstücke wenigstens nicht aus Metall machen zu lassen, weil sie dann, wie der obige Fall zeigt, leicht zu dünn gemacht werden und auch bei ganz engem Cervix in den Uterus eingebracht werden können. Gerade dies soll nicht sein, weil dann das Ausfliessen von Flüssigkeit unmöglich werden kann. Vor der Einspritzung wird in der Regel der Uterus mit einer 1 pCt. Lysol- oder Carbollösung ausgespült. Ich halte dies gleichfalls für sehr wichtig, weil hierfür eine gewisse Weite des Cervix absolut unumgänglich ist. Ist sie nicht vorhanden, so muss man sie mit Hülfe der Schröder'schen Kupfersonden herstellen. Das vorgängige Ausspülen ist aber auch deswegen wichtig, weil vor dem Hineinbringen des Medikaments der Inhalt des Uterus: Schleim oder Blut, der, sicherlich immer vorhanden, zuweilen sehr beträchtlich ist, herausgespült werden muss, soll nicht die ganze Wirkung illusorisch werden. Dann wird, meist unter leichtem Anziehen des Cervix, die Spritze eingeführt, langsam entleert und während des Zurückziehens derselben die Scheide mit einer indifferenten Flüssigkeit irrigiert, um hier nicht unnötige Aetzungen herbeizuführen. Eine nachträgliche Ausspülung des Uterus ist bei Anwendung der gleich zu nennenden Lösungen nicht mehr nöthig. Ich führe dies nur deswegen etwas ausführlicher an, weil ich die so verschieden lautenden Erfahrungen mit der Braun-schen Spritze mir nur erklären kann durch die verschiedene Art der Anwendung. Es ist natürlich zweifellos, dass nach vorheriger Ausspülung der Uterushöhle das eingespritzte Medikament durch die Verdünnung mit der zurückgebliebenen Flüssigkeit in seiner Concentration beeinflusst wird. Dasselbe tritt aber z. T. wenigstens auch ohne die Ausspülung ein, indem der die Uterushöhle ausfüllende Schleim die Oberfläche der Schleimhaut überzieht und deckt. Man muss allerdings deswegen schon etwas concentrierte und auf eine nachfolgende Verdünnung berechnete Medikamente anwenden, die auch möglichst nicht in ihrer chemischen Wirkung durch die vorher gebrauchte Spülflüssigkeit beeinträchtigt werden. Da wir für letztere fast ausschliesslich dünne Carbol- uud Lysollösungen nehmen, so wende ich seit vielen Jahren als Aetzflüssigkeit ebenfalls eine concentrierte alkoholische Carbollösung an, indem ich einerseits die ätzende Wirkung der Carbolsäure, andererseits die wasserentziehende Wirkung des Alkohols einwirken lassen will. Ich habe zuerst 10 Theile Carbol zu 90 Alkohol, dann vielfach 20 Theile Carbol zu 80 Alkohol genommen, nachdem ich gesehen hatte, wie ausser-

ordentlich gut diese Injektionen von 10procentiger alkoholischer Lösung vertragen wurden. Ich kann nur wiederholen, dass ich so gut wie niemals unter den eben genannten Vorbedingungen irgend welche ernsteren Erscheinungen gesehen habe.

Ich lasse auch regelmässig mit einer derartigen, absolut desinficierenden Flüssigkeit vor jeder abdominalen Myomoperation die Uterushöhle reichlich ausfüllen, um sie möglichst sicher keimfrei zu haben, ohne jemals irgend etwas Uebles davon gesehen zu haben. Auch habe ich ziemlich häufig diese Einspritzungen angewendet und anwenden lassen nach Ausspülungen des puerperalen Uterus bei puerperaler Endometritis, wesentlich mit Rücksicht auf die bactericide und die Gewebe durchdringende Kraft des Alkohols. Es ist mir übrigens mehrfach von sehr verständigen Frauen versichert worden, dass sie eine gewisse Zeit nach der Einspritzung die allgemein bekannten Wirkungen des Alkohols in ihrem Allgemeinbefinden deutlich etwas spürten, woraus erhellt, dass thatsächlich eine Einwirkung und Resorption von der Uterusschleimhaut aus stattfinden muss.

Um mich aber auch direkt von der Wirkung dieser verschiedenen Mittel auf die Gewebe zu überzeugen, habe ich nach der operativen Entfernung derartiger verschieden behandelter Uteri die Schleimhaut untersuchen lassen. Zunächst muss ich sagen, dass die schon mit blossem Auge sichtbare Aetzwirkung nach der Injektion sich auf die ganze Oberfläche der Schleimhaut gleichmässig erstreckte, ferner dass der nach 50prozentiger Chlorzinklösung erhaltene Aetzschorf ein absoluter und massiger war, während nach der Anwendung der concentrierteren alkoholischen Carbollösungen die Aetzschorfe viel oberflächlicher waren. Eine ausführlichere Mitteilung über diese Untersuchungen behalte ich mir vor.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass man, um überhaupt eine Wirkung auf die Gewebe zu erzielen, jedenfalls ziemlich concentrierte Lösungen anwenden muss, und auch unter Beobachtung der nötigen Vorsichtsmassregeln ohne Schaden anwenden kann, dass aber die concentrierten Chlorzinklösungen jedenfalls sehr bedenklich werden können. Dass bei entzündlichen Prozessen in den Uterusanhängen keine intrauterinen Einspritzungen gemacht werden dürfen, ist ja allgemein bekannt. Es ist allerdings unter Umständen schwierig, ohne Narkose die Veränderungen zu erkennen. Das Gefährliche hierbei scheint mir aber auch nicht in der grösseren eingeführten Flüssigkeitsmenge zu liegen, sondern in der notwendigen, zur Einführung der Spritze unvermeidlichen Dislocation des Uterus. Dieselbe muss bei Anwendung der Uterusstäbchen aber ebenso gross sein. Es ist also nicht die Anwendung der Braun'schen Spritze und die Einführung flüssiger Medikamente in grösserer Menge an sich, welche die Gefahr bedingen, sondern ungeeignete Anwendung ungeeigneter Medikamente.

(Aus der I. Universitäts-Frauenklinik des Herrn Prof. Schauta in Wien.)

II. Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta

Von

Dr. JULIUS NEUMANN,
klinischer Assistent.

Hierzu Tafel III.

In früherer Zeit hatte die Frage von der abnorm festen Haftung der Placenta die Geburtshelfer viel mehr beschäftigt als jetzt. Wenn man ältere Lehrbücher der Geburtshilfe durchblättert, so findet man fast überall diesen Gegenstand eingehend behandelt. Man vermutete diese Anomalie aus gewissen Zeichen; so aus dem Blutabgange nach der Geburt des Kindes, dem lokalen Schmerze beim Anziehen an der Nabelschnur und anderen Erscheinungen. Ging die Placenta nicht gleich nach der Geburt spontan ab, so wurde alsbald zu deren künstlichen Entnahme durch Anziehen an dem Nabelstrange oder Herausholen der Placenta mit der Hand geschritten und gelang dies nicht leicht, so nahm man eine Verwachsung der Placenta mit dem Uterus an. Auf Grund solcher Beobachtungen wurden zahlreiche einzelne Fälle von teilweiser oder völliger Anwachsung der Placenta mitgeteilt. So kam es, dass bis gegen die Mitte dieses Jahrhunderts die Anschauung allgemein verbreitet war, dass die Verwachsung des Mutterkuchens mit der Gebärmutter ein nicht eben seltenes Vorkommnis sei.

Erst in den sechziger Jahren, als Credé auf die Gefahren der manuellen Placentarlösung hingewiesen hatte und das nach ihm benannte Verfahren zur Entfernung der Nachgeburtsteile allgemeine Anwendung fand, erkannte man, dass die Verwachsung der Placenta mit dem Uterus nicht so häufig sei, als man früher angenommen hatte. Nunmehr blieb die Anwachsung nur für jene Fälle bestehen, in welchen die Placenta durch den Credé'schen Handgriff nicht herausbefördert werden konnte. Als dann in den achtziger Jahren auf Grund der Arbeiten von Ahlfeld und Schauta die abwartenden Methoden in der Behandlung der Nachgeburtsperiode empfohlen und an grösseren Kliniken konsequent durchgeführt wurden, da zeigte es sich, dass eine abnorm feste Haftung der Placenta eigentlich eine grosse Seltenheit sei.

Im Folgenden wird allein von dieser die Rede sein, während die Retention der Placenta aus anderen Gründen, wie in Folge von Atonie des Uterus, krampfhafter Striktur des Muttermundes und dergleichen hier nicht weiter in Betracht gezogen werden soll.

Was die Aetiologie der Placentarverwachsung anlangt, so wird von älteren Autoren, namentlich von Simpson[1]) die Entzündung

[1]) Edinburgh medical and surgical Journal. 1836.

der Placenta dafür verantwortlich gemacht. Durch einen entzündlichen Vorgang in der Placenta und an deren mütterlicher Oberfläche entstehen hier nach dieser Anschauung Exsudatmassen, welche sich organisieren und zu einer bindegewebigen Verwachsung führen. Eine ähnliche Bedeutung sollten auch die anämischen Infarkte an der mütterlichen Oberfläche der Placenta besitzen.

Hegar[2]) geht von der Annahme aus, dass die zur Verwachsung der Placenta führenden Veränderungen von der Decidua serotina ausgingen und in Entzündung bestünden oder durch Wucherungsvorgänge bedingt seien, welche infolge verschiedenartiger Reizungszustände hervorgerufen werden. Andere Autoren beschuldigten Blutergüsse zwischen Placenta und Uteruswand, indem durch Organisation von Blut eine festere Adhaerenz der Placenta entstehen sollte; wieder andere metritische Veränderungen der Uteruswand.

In exakterer Weise behandelt Langhans[3]) die Frage von der Verwachsung der Placenta. Er hatte durch seine Untersuchungen festgestellt, dass die Lösung der reifen Placenta für gewöhnlich in der ampullären Schicht der Decidua erfolge. Bei Aborten in den ersten Monaten der Schwangerschaft vollzieht sich die Lösung infolge der geringeren Entwickelung der Drüsenampullen meistens zwischen foetalem und mütterlichem Gewebe. Langhans legt daher grosses Gewicht auf die histologische Beschaffenheit der Septa zwischen den Drüsenampullen. Betreffs dieses Punktes sagt er folgendes[4]): „In der That finde ich an den adhaerenten Placenten, wenn deren künstliche Lösung mit völliger Erhaltung der Serotina möglich war, in den tieferen Schichten der letzteren, wie in den Septen mehr Intercellularsubstanz wie gewöhnlich, dabei die Zellen kleiner und meist von Spindelform. Dabei pflegt in der Regel ein grösserer Teil der Septa mit abzugehen; sie sind dann an der Serotina sehr leicht in gegenseitigen Entfernungen von $^1/_2$ bis $1^1/_2$ mm nachzuweisen". Als zweiten Punkt hebt Langhans eine mangelhafte Ausbildung der Drüsenampullen hervor. „Die Bedeutung dieses Momentes leuchtet sofort ein; allein ich kann nicht sagen, inwieweit es vorkommt. Hier könnte etwa eine früher bestandene Endometritis in Frage kommen; wären dadurch die Uterindrüsen zerstört und zum Teil durch Bindegewebe ersetzt, so würde natürlich die Bildung der ampullären Zone zur Unmöglichkeit." In diesen beiden Fällen, nämlich der Verbreiterung der Septen in der ampullären Schicht der Serotina und der mangelhaften Ausbildung der Drüsenampullen „handelt es sich also nicht um eine secundäre Verwachsung, sondern um das Ausbleiben einer Lockerung im kompakten Gewebe". Die Entzündung der Placenta hält Langhans für die seltenste Ursache der Verwachsung. Die strangförmigen Adhaesionen, welche bei der manuellen Placentarlösung durchrissen werden müssen, sind nach Langhans, wie nun allgemein bekannt,

[2]) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Frauenkr., Bd. 22.
[3]) Die Lösung der mütterlichen Eihäute. Arch. f. Gyn., Bd. 8, p. 287.
[4]) l. c., p. 295.

nur die Stämme der Chorionzotten, welche in ziemlich gerader Richtung vom Chorion zur Serotina verlaufen. „Von eigentlichen Adhaesionen ist aber nicht die Rede, wie ich auch bis jetzt an solchen Placenten durchaus nicht Zellwucherung, Bindegewebsentwickelung, überhaupt Zustände fand, die man als das Produkt einer Entzündung betrachten konnte“ [5]).

J. Veit[6]), der in Fällen, in welchen das klinische Bild der Placentaradhaesion bestand, gleichfalls Untersuchungen von Placenten machte, berichtet hierüber, dass in einzelnen Fällen das Ergebnis ein völlig negatives gewesen sei. Die Lösung der Placenta war in solchen Fällen wohl schwierig, da sie aber unmittelbar nach der Geburt gemacht wurde, glaubt Veit den Grund der Adhaerenz nicht im anatomischen Verhalten der Placentarverbindung, sondern in der mangelhaften Uterusthätigkeit suchen zu müssen. In anderen Fällen von Adhaerenz der Placenta, wenn nach vorausgegangener Wehenthätigkeit die manuelle Lösung gemacht werden musste, fanden sich als Veränderungen Placenta marginata, weisser Infarkt und Trübungen der an der Placenta haftenden Decidua serotina. Nach diesen Ergebnissen scheint es Veit, dass in einzelnen Fällen eine anatomisch begründete abnorme Festigkeit der Verbindung zwischen Placenta und Uteruswand vorkommen könne. Diese ist jedoch nur so innig, wie die der normalen Placenta unmittelbar nach der Geburt und es müsste somit verstärkten Uteruskontraktionen die Lösung der Placenta gelingen. Die Uterusthätigkeit sei jedoch „vielleicht unter dem Einfluss desjenigen entzündlichen Prozesses der Decidua, der die anatomisch an der Placenta nachweisbaren Veränderungen hervorgerufen hatte“, auf verschiedene Weise gestört. „Man hat es demgemäss bei der Placentarretention theoretisch immer mit Schwäche der Uteruskontraktion, welche in dem einen Fall an sich, in dem anderen nur im Verhältnis zu der bestehenden Festigkeit der Verbindung vorhanden ist, zu thun“ [7]).

Veit hält also eigentlich nur an dem klinischen Bilde der Placentarretention fest, während die Befunde von Langhans für das Vorkommen einer thatsächlich festeren Adhaerenz der Placenta sprechen.

Nun, die Erfahrungen, die man an einem grossen klinischen Material zu machen Gelegenheit hat, bestätigen entschieden diese letztere Anschauung. Diese wird in neuerer Zeit auch von Berry Hart[8]) vertreten. Als Beweis für diese Ansicht brauche ich nur an die Angaben, denen man wiederholt begegnet, zu erinnern, dass die Lösung der Placenta von der Uterusoberfläche selbst in der Leiche nicht gelang (Anderson)[9]).

---

[5]) l. c., p. 296.
[6]) Müller's Handbuch d. Geburtshülfe, Bd. 2, p. 112.
[7]) l. c., p. 113.
[8]) Beitrag z. Path., Symptomatol. u. Behandlung d. adhaer. Plac. C. f. Gyn. 1891, p. 46.
[9]) Ueber Gebärmutterblutungen nach d. Geburt u. während d. Wochenb. Schmidt's Jahrb., Bd. 128, p. 55.

Es kann hier nicht auf die nähere Erörterung der Lehre von der Anwachsung der Placenta eingegangen werden. Ich verweise bezüglich des klinischen Bildes und der Anschauungen über die Aetiologie dieser Anomalie insbesondere auf die ausführliche Arbeit von Cohnstein: Beiträge zur Lehre der Placentarverwachsung[10]). Ausdrücklich möchte ich nur betonen, dass die Fälle von Placentarretention infolge abnormer Adhaerenz der Placenta von denjenigen aus anderen Ursachen wohl auseinander gehalten werden müssen, was allerdings oft schwer sein wird. Die Aehnlichkeit der klinischen Erscheinungen, mit welchen alle diese Fälle einhergehen, ist wohl Schuld daran, dass so verschiedenartige Störungen der Nachgeburtsperiode vielfach zusammengeworfen werden. Aber auch die mangelhaften anatomischen Untersuchungen, insbesondere der noch haftenden Placenta und der Uteruswand, wozu sich bei der Seltenheit solcher Fälle wenig Gelegenheit bietet, bringen es mit sich, dass noch so viel Hypothetisches in der Lehre von der Anwachsung der Placenta besteht.

Als erwiesen muss hingestellt werden, dass eine abnorm feste Haftung der Placenta, wenn auch selten, so doch vorkommt und dass Langhans in solchen Fällen eine Verbreiterung der Septen in der ampullären Schicht der Decidua serotina gefunden hat.

Ausser diesen Befunden und der Bestätigung der Langhans'schen Angaben durch Berry Hart[11]) konnte ich in der Litteratur nur einen speziellen Fall von Anwachsung der Placenta finden, in welchem über anatomische Untersuchungen der Uteruswand und der an ihr teilweise noch haftenden Placenta berichtet wird. Es ist dies der folgende Fall von Leopold-Leisse[12]).

Bei einer 39jährigen, 9.-Gebärenden, die stets spontan geboren hatte, war bei der 5., 7. und 8. Geburt wegen starker Blutungen manuelle Placentarlösung gemacht worden. Auch bei der 9. Geburt trat in der Nachgeburtsperiode eine Blutung auf und es wurde deshalb versucht, die Placenta durch Expression heraus zu befördern. Der Versuch misslang jedoch und auch eine intrauterine Irrigation hatte nicht den Erfolg, dass die Blutung gestanden hätte. Es wurde daher die manuelle Lösung der Placenta ausgeführt, die sehr schwer war. Eine halbe Stunde später trat abermals Blutabgang auf, die Frau collabierte, man machte Transfusion von Kochsalzlösung, ging in den Uterus ein und entfernte Placentarreste. Trotz alledem starb die Frau 3 Stunden nach der Geburt. Der Uterus war gross, schlaff, die Placentarstelle befand sich an der hinteren Wand. Links in der Tubenecke fanden sich noch mehrere bohnen- bis wallnussgrosse Placentarreste, die so fest mit der Muskulatur verwachsen waren, dass sie mit dem Finger nicht abgeschält werden konnten. Schnitte, die hier durch die Uteruswand gelegt wurden, ergaben, dass die Serotina zum grössten Teil zu Grunde gegangen sei und durch straffes Bindegewebe ersetzt war. Die grossen Deciduazellen der Serotina sind zwischen derbe Bindegewebsbündel eingelagert. Die lockere Drüsenschicht der Serotina fehlt und Drüsenräume sind nur in spärlicher Zahl vorhanden. Die Bindegewebsstränge werden auf interstitielle Endometritis, welche sich durch die Schwangerschaft fortgesetzt hatte, zurückgeführt.

Dieser Fall von Leopold-Leisse liefert einen sehr wertvollen Beitrag zur Lehre von der Anwachsung der Placenta und es ist

[10]) Arch. f. Gyn., Bd. 36, p. 371.

[11]) l. c.

[12]) Demonstriert in der gyn. Ges. zu Dresden am 12. Febr. 1891. C. f. Gyn. 1891, p. 648.

nur zu bedauern, dass der mikroskopische Befund nicht noch ausführlicher geschildert und durch Abbildungen illustriert wurde.

Der hier mitzuteilende Fall von abnormer Haftung der Placenta ereignete sich im vergangenen Jahre an unserer Klinik.

Am 17. Mai 1895 wurde eine 40jährige Frau aufgenommen (Nr. 1288), die angeblich stets gesund und seit dem 14. Lebensjahre regelmässig menstruiert war. Sie hatte bereits zweimal in den Jahren 1881 und 1884 spontan geboren; die Placenten mussten beide Male künstlich gelöst werden. Die letzte Periode hatte die Frau am 10. August des vorhergegangenen Jahres. Am Tage der Aufnahme bemerkte die Patientin plötzlich Blutabgang aus den Geschlechtsteilen, ohne dass sie vorher Wehen verspürt hätte. Da der Blutabgang andauerte, suchte sie die Klinik auf.

Bei der Aufnahme fand man eine ziemlich blasse, magere Frau. Der Uterus reichte nach aufwärts bis drei Finger breit unter den Processus xyphoideus, nach rechts bis zur vorderen Axillarlinie, nach links bis zur Mammillarlinie. Im Fundus rechts befand sich der Steiss, während der Kopf nach links vom Beckeneingang ausgewichen war. Der Rücken der Frucht war rechts, hier auch kindliche Herztöne hörbar. Starker Blutabgang aus dem Uterus. Cervicalkanal noch 2 cm lang, für einen Finger durchgängig. Der innere Muttermund überlagert von weichen, zerfetzten Massen, die leicht als Placentargewebe zu erkennen sind und welche rings um den inneren Muttermund an der Uteruswand inserieren. Trotz Tamponade der Scheide mit Jodeformgaze dauerte die Blutung an. Zunehmende Blässe, Uebelkeit und wiederholtes Gähnen. Mit Rücksicht auf diesen Zustand der Patientin wird in Narkose der Kolpeurynter durch den Cervix und nach Durchbohrung der Placenta über diese in den Uterus geschoben und hierauf mit Lysollösung entfaltet. Durch Zug an dem Kolpeurynter konnte der Cervix in zirka 10 Minuten bis zur Durchgängigkeit für eine Hand erweitert werden. Nun wurde die Wendung auf den Fuss ausgeführt, die leicht gelang. Da aber die Blutung noch immerfort andauerte und der Puls der Patientin zusehends schwächer und frequenter, bis 120 Schläge in der Minute wurde, war vorsichtig und langsam die Extraktion vorgenommen worden ohne Rücksichtnahme auf die noch lebende Frucht. Das Kind, weiblichen Geschlechts, 2600 gr schwer, 45 cm lang, wurde mit gutem Herzschlage asphyctisch entwickelt, konnte jedoch durch Hautreize alsbald zum Athmen und Schreien gebracht werden. Nach vollzogener Extraktion dauerte die Blutung trotz guter Zusammenziehung des Uterus noch immer in sehr starkem Masse an. Da die Expression der Placenta nicht gelingt, entschliesst man sich nun zur manuellen Lösung derselben. Diese gestaltet sich ausserordentlich schwierig, da die Placenta, welche hauptsächlich an der linken Uteruswand festsitzt, mit der Muskelwand des Uterus sehr innig verwachsen ist. Nur stückweise gelingt es, die Placenta auszuräumen, wobei zahlreiche Fetzen derselben in der Umgebung des inneren Muttermundes sitzen bleiben. Mit der Kornzange werden diese einzeln gefasst und losgerissen, ebenso die im Uterus zurückgebliebenen festsitzenden Eihäute. Trotzdem gelingt es nicht, alles Placentargewebe zu entfernen. Speziell in unmittelbarer Umgebung des inneren Muttermundes sind einzelne Placentarfetzen vollständig unlösbar, so dass dieselben, um eine Zerreissung der Uteruswand zu vermeiden, belassen werden müssen. Während der eine Viertelstunde dauernden Lösung der Placenta ist der Uterus atonisch und durch Massage nicht zur Kontraktion zu bringen. Es wird daher zuerst der Uteruskörper bis zum Fundus und hierauf der Cervix, schliesslich das Scheidengewölbe fest mit Jodoformgaze ausgestopft, worauf sich der Uterus kontrahiert. Die Frau wird nun in's Bett gebracht, in heisse Tücher gewickelt und sofort 700 ccm physiologischer Kochsalzlösung subcutan injiziert. Der Puls an der Radialarterie nicht mehr zu tasten, an der Arteria brachialis noch ein fadenförmiger Puls palpabel, seine Frequenz 140. Weinklysmen, Kampherinjektionen bessern den Zustand nicht. Obwohl der im Uterus liegende Tampon seinen Zweck zu erfüllen scheint und ein weiterer Blutabgang aus dem Genitale nicht mehr stattfindet, wird der Puls in der Radialarterie nicht mehr fühlbar. Inzwischen häufen sich die Zeichen schwerster Anaemie: Gähnen, tiefe Inspirationen, Erstickungsgefühl, und auch die Tieflagerung des Kopfes ändert hieran nichts. Mit Rücksicht auf diesen Zustand, der jeden Moment mit Exitus zu enden droht, wird nunmehr eine intravenöse Injektion von zirka 500 ccm physiologischer Koch-

salzlösung vorgenommen. Trotz alledem setzen die Inspirationen zeitweise aus, der Herzschlag kehrt nur in längeren Intervallen wieder und unter zunehmendem Collaps erfolgte zwei Stunden nach der Geburt der Tod.

Aus dem Obduktionsbefunde ist folgendes bemerkenswert. Uterus doppelt kindskopfgross, ziemlich gut kontrahiert, ausserordentlich innig erfüllt von der eingeführten Jodoformgaze. Grössere Einrisse am Cervix fehlen, nur an der hinteren Wand findet sich eine seichte Fissur. Der Placentaransatz deutlich zu erkennen, erstreckt sich rings um den Muttermund, vorwiegend nach links. Daselbst sieht die Uteruswand wie zerwühlt aus, so, dass es zunächst den Eindruck macht, als ob Muskelfasern aus der Wand herausgerissen wären. Die an der Wand haftenden Gewebsfetzen sind aber nichts anderes als zurückgebliebenes Placentargewebe, welches so innig mit der Muskulatur zusammenhängt, dass die Ablösung der Placentarreste auch jetzt nur auf Kosten der Muskelwand gelingt. Am Durchschnitt durch die Placentarinsertionsstelle findet sich die Uteruswand stark verdünnt und tief hinein von Placentargewebe wie durchsetzt. Im übrigen hochgradige Anämie aller Organe.

Makroskopisch war an der in zahlreichen Stücken entfernten Placenta nichts Abnormes zu bemerken. Insbesondere fehlen an der mütterlichen Oberfläche stärkere deciduale Wucherungen und nur gegen den Rand hin findet man Auflagerungen, die sich jedoch bei der mikroskopischen Untersuchung nicht als Decidua erweisen. Weiter sind einige apoplektische Herde im Gewebe der Placenta vorhanden. Die foetale Oberfläche, sowie die Eihäute bieten ganz normale Verhältnisse dar.

Der mikroskopische Befund an dem Placentargewebe ist durch ein höchst interessantes Verhalten gekennzeichnet. Grosse Stammzotten entsprechende Balken von Chorionbindegewebe durchziehen das Gewebe. Sie bestehen aus dichtgefügten, schmalen Bindegewebszellen mit relativ grossen spindelförmigen Kernen und sind reichlich vascularisiert. Noch viel auffallender ist der Zellreichtum des Chorionbindegewebes an den Zotten. Das Stroma derselben enthält grosse länglich-ovale Kerne, welche die Zottengefässe begrenzen und so zahlreich sind, dass die Gefässe stellenweise in den Zotten neben dem Stroma stark zurücktreten. Die Zottengefässe sind meist mit Blut gefüllt und der Farbenton des kindlichen Blutes sticht deutlich gegen denjenigen des mütterlichen Blutes ab, welches die intervillösen Räume erfüllt und viel blasser ist. Das zeigt sich auch bei Doppelfärbungen, wobei das mütterliche Blut den Farbenton des Eosin annimmt, während die kindlichen Blutkörperchen mehr orangefarben sind.

Sehr interessant ist auch das Verhalten des Syncytialüberzuges der Zotten. Das Syncytium umgiebt das Stroma als kontinuierlicher Protoplasmasaum mit zahlreichen, tiefdunkel sich färbenden Kernen. Die Grösse der Kerne und die Breite des Protoplasmasaumes ist aber eine für reife Placenten entschieden ungewöhnliche (s. Fig. 1). In den intervillösen Räumen sieht man auch ab und zu freie syncytiale Wucherungen, obzwar hier mitunter eine Täuschung durch Flachschnitte möglich ist. Die dem foetalen Ektoderm entsprechende Langhans'sche Zellschicht ist nirgends mehr zu sehen; selbst bei starker Vergrösserung ist man nicht im Stande, auch nur eine Andeutung der Zellschicht wahrzunehmen. Ueberall grenzt das Syncytium direkt an das Stroma der Zotten. Erwähnenswert ist, dass man an der Aussenfläche der Placenta nirgends Anteile

der Serotina nachzuweisen im Stande ist. — Diese geschilderten Verhältnisse ergab die Untersuchung von verschiedenen Teilen der Placenta und zwar nicht nur von deren mütterlicher Oberfläche, sondern auch sonst überall. — Die bereits bei der mikroskopischen Beschreibung der Placenta erwähnten Auflagerungen am Rande der mütterlichen Oberfläche erwiesen sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Muskelfasern, an welchen die Chorionzotten direkt, ohne, dass Serotina vorhanden wäre, haften, in gleicher Weise, wie das noch zu beschreiben sein wird.

Schnitte, welche durch die hintere Uteruswand gelegt wurden, an der Stelle, wo schon makroskopisch noch haftende Placentarreste konstatiert wurden, zeigten auch hier die gleiche Beschaffenheit des Placentargewebes. Betrachtet man solche Schnitte unter der Lupe (Fig. 2), so fällt zunächst auf, dass sich scheinbar mitten in der Muskulatur ein isoliertes Stück Placentargewebe befindet. Stellt man sich jedoch diese Partie bei stärkerer Vergrösserung ein, so erkennt man alsbald, dass es sich hier um einen grossen Venensinus handelt, in welchem Placentargewebe liegt und zwar so, dass die Innenoberfläche des Gefässes zu einem grossen Teile frei ist. Hier kann man deutlich das Endothel wahrnehmen. An der der Uterusinnenfläche zugewendeten Partie der Gefässoberfläche haftet jedoch das Placentargewebe innig. Hier ist aber von einem Endothel nichts mehr zu sehen. Von der inneren Uterusoberfläche trennt diesen venösen Sinus eine dicke Lage von Fibrin, innerhalb welchem einzelne Reste von Muskelfasern eben noch kenntlich sind. Vielleicht handelt es sich hier nur teilweise um degenerierte Muskulatur und vorwiegend um altes verändertes Blut. Ich konnte in dem in Serien zerlegten Stücke nirgends die Stelle finden, an welcher dieser Venensinus die Oberfläche erreicht, aber es ist ja klar, dass das Placentargewebe nur von der Oberfläche her in das Gefäss hineinwuchern konnte und hier dann in innige Beziehung zur Gefässwand trat. Als wichtig hebe ich noch hervor, dass der vom Placentargewebe freigelassene Anteil des Gefässlumens nicht thrombosiert ist und auch in den intervillösen Räumen keine Blutgerinnungen vorhanden sind.

An anderen Stellen befanden sich direkt an der Oberfläche ausmündende Gefässsinus, ausserordentlich erweiterte Räume darstellend, die erfüllt sind von grossen Mengen Placentargewebes, welches gleichfalls an der Gefässwand haftet. Endothel ist auch an diesen Stellen vorhanden.

Von der grössten Bedeutung für die hier vorliegenden anatomischen Veränderungen ist, dass die Serotina vollständig fehlt. Nirgends ist auch nur eine Spur von Decidua oder von Uterindrüsen zu sehen. Die Placenta haftet direkt an der Muskulatur. Wohl sieht man an einzelnen Stellen zwischen der Oberfläche und dem Placentargewebe frisches Blut ergossen, wodurch die Zotten abgetrennt erscheinen, an anderen befindet sich älteres Blut und Fibrin über den Muskelschichten. Aber das ist leicht erklärlich, wenn man bedenkt, dass es zur vorzeitigen Lösung einzelner Partien der Placenta durch die Entwickelung des Uterus während der

Schwangerschaft kommen kann, insbesondere hier, wo es sich um Placenta praevia gehandelt hat. Die durch frisches Blut von der Haftfläche getrennten Zotten sind eben bei den forcierten Lösungsversuchen der Placenta von der Uteruswand losgerissen worden. Davon, dass die Chorionzotten unmittelbar an der Muskulatur hatten, kann man sich an vielen Stellen direkt überzeugen. Es geht dies auch deutlich aus Fig. 3 hervor. Hier sieht man quer getroffene Zotten durch ihren syncytialen Ueberzug unmittelbar mit den Muskelfasern in Zusammenhang. An der den Muskelfasern zugewendeten Seite tragen diese Zotten eine kappenförmige Verdickung des Syncytium, welche man häufig antrifft. Man findet auch Zotten, welche der Länge nach der Muskulatur anliegen; hier vermisste ich aber meist die Verdickung des Syncytium. Die Oberfläche der Muskulatur ist sehr uneben; sie begrenzt als unregelmässige Linie wellenförmig die foetale Oberfläche der Placenta, so dass die sich kontrahierende Muskulatur hier wie zu einem Ansatzpunkte sich verkürzt und die Zotten mitzieht. Solche Stellen machen im ersten Augenblick den Eindruck, als wenn die Zotten in die Muskulatur eingedrungen wären. Das ist aber sicher nicht der Fall. Nur einzelne syncytiale Wucherungen sieht man oberflächlich in die Spalten zwischen den Muskelbündeln vorgeschoben und auch die Oberfläche überzieht stellenweise ein vom Syncytium herstammender Protoplasmasaum, wie das auf Fig. 3 zu sehen ist. Die angrenzende Muskulatur verhält sich zu der an ihr herangewucherten Placenta nicht vollständig passiv. Als fast konstante Veränderung hebe ich hervor ein deutliches Auswachsen der Bindegewebskerne in den der Placenta angrenzenden Schichten. Hierdurch gewinnt die Muskulatur an einzelnen Stellen ein direkt bindegewebiges Aussehen. An anderen Stellen ist die Muskulatur hyalin degeneriert, was übrigens auch neben ausgewachsenem intermuskulären Bindegewebe vorkommt. Man sieht wohl auch völlig reaktionslose Muskulatur (Fig. 3), wie sie in den tieferen Schichten der Uteruswand angetroffen wird. Von solchen Stellen habe ich den Eindruck, als wenn die Placentaradhaerenz hier noch nicht lange bestünde.

Weder in der Placenta noch in der Muskulatur finden sich deutliche Zeichen einer frischeren Entzündung. Geringe Leukocytenanhäufungen trifft man nur in der Umgebung von rupturierten Gefässen. Solche Zerreissungen von Gefässen, arteriellen sowohl als grossen venösen kommen in der Muskelwand vielfach vor; das Blut erfüllt die Spalträume zwischen den Muskelbündeln und drängt diese oft weit auseinander. Derartige Bilder gewann ich insbesondere von Stellen der hinteren Wand, an welchen kein Placentargewebe haftete. Die Muskulatur ist hier in den oberflächlichen Schichten wie auseinandergerissen und zwischen den Bündeln lagert ergossenes Blut, welches aus den zahlreichen, die Muskulatur durchziehenden Gefässen stammt. An einzelnen solchen Stückchen liegt die Muskulatur an der Oberfläche bloss und sieht wie zerfetzt aus; von Decidua ist auch hier keine Spur. An Stückchen jedoch, welche aus höher gelegenen Partien der hinteren Wand stammen, findet man in den oberflächlichen Schichten der Muskulatur grosse Drüsen-

räume mit meist abgelöstem, einschichtigen, niedrigen Cylinderepithel. Stellenweise ist auch eine ampulläre Schicht entwickelt mit verhältnismässig breiten Septen, welche aus dichten Bindegewebszellen bestehen. Das Epithel der den Ampullen entsprechenden Drüsen fehlt meist. Die oberflächliche Schicht der Decidua ist fast nirgends vorhanden und nur an vereinzelten Stellen konnte ich kleine Stückchen kompakter Decidua in Form von dicht gestellten, kleinen, spindelförmigen Deciduazellen auffinden. Ausdrücklich will ich auch hier hervorheben, dass man irgend welche Zeichen frischer Entzündung, etwa kleinzellige Infiltration, nirgends wahrnehmen kann. Wichtig ist weiter, dass an den Stellen, wo diese Reste von Decidua gefunden werden konnten, kein Placentargewebe vorhanden war. Somit ist die Frage, ob wir es hier mit Decidua vera oder serotina zu thun haben, schwer zu entscheiden. Doch erinnere ich daran, dass diese Stückchen höheren Partien der hinteren Uteruswand entnommen worden sind und dass es sich in diesem Falle um Placenta praevia gehandelt hatte. Es ist somit wahrscheinlich, dass an den Stellen, wo Deciduareste angetroffen wurden, kein Placentargewebe haftete. Dafür sprechen ja auch die Verhältnisse an denjenigen Stellen der Uteruswand, wo Placentarreste zurückgeblieben waren. Insbesondere wahrscheinlich wird die Annahme, dass hier Decidua vera und nicht serotina vorliegt, wenn man bedenkt, dass das Placentargewebe weit in die venösen Sinus hineingewachsen ist, deren vollständige Entfernung durch die manuelle Lösung wohl als unmöglich angesehen werden muss. Es ist aber nicht unmöglich, dass hier dennoch Serotina vorliegt; man muss jedenfalls diese Möglichkeit offen lassen und das widerspricht auch nicht der Ueberlegung, die ich über das Zustandekommen der beschriebenen Veränderungen noch auseinandersetzen werde. Wenn ich diese Anschauung zunächst zugeben will, so muss angenommen werden, dass die Art der Placentaradhaerenz eine verschiedenartige gewesen sei. Ein Nachweis, dass derartiges wirklich bestanden hat, konnte nicht erbracht werden, denn mit Ausnahme der Stelle, an welcher noch Placentarreste hafteten, war nirgends mehr Placentargewebe vorhanden. Allerdings hätte diese vielleicht Frage entschieden werden können, wenn aus verschiedenen Stellen des Uterus Wandstücke untersucht worden wären und insbesondere die Oberfläche im Fundus, wo sicher keine Placenta haftete. Leider wurde aber dem Uterus nur ein Streifen aus der hinteren Wand entnommen und die mitgeteilten Befunde beziehen sich demgemäss nur auf diesen.

Rekapituliere ich nun die wichtigsten Befunde der Untersuchung in diesem Falle, so ergiebt sich folgendes: an den Stellen, wo Placentarreste noch hafteten, fehlt die Serotina vollständig. Chorionzotten stehen hier direkt mit der Muskulatur oder mit der Wand von Gefässsinus, welche an der Oberfläche ausmünden, in Verbindung. In diesen letzeren findet man das Placentargewebe auch tief hineingewuchert und an der Gefässwand haftend. Die Chorionzotten zeichnen sich durch einen breiten syncy-

tialen Ueberzug und die Grösse der Kerne des Chorionbindegewebes aus. In den Muskelschichten, an welchen Chorionzotten haften, findet man ein Auswachsen des interstitiellen Bindegewebes neben normalen oder hyalindegenerierten Muskelfasern; in den Gefässen an den Stellen der Haftung Fehlen des Endothels und gleichfalls bindegewebige Verdichtung des umgebenden Gewebes.

Diese Veränderungen halte ich für reaktionäre Vorgänge, denn nirgnds findet man deutliche Zeichen einer Entzündung und ich möchte daher annehmen, dass sich diees Veränderungen erst eingestellt haben, nachdem das Placentargewebe mit der Muskulatur und den Gefässen in Verbindung getreten war.

Dass diese abnorme Adhaerenz nicht von vornherein bestanden haben konnte, ist ja klar. Im Beginne der Schwangerschaft war höchst wahrscheinlich ein intakter Schleimhautüberzug vorhanden und dieser ging offenbar erst während der Schwangerschaft zu Grunde. Der Prozess wird also in diesem Sinne als ein fortschreitender anzusehen sein und schon deswegen ist es nicht ausgeschlossen, dass in einer früheren Periode der Schwangerschaft oder an verschiedenen Stellen der Uterusoberfläche verschiedenartige Verhältnisse angetroffen werden. Es ist daher auch nicht widersprechend, anzunehmen, dass die Stellen, an welchen noch Deciduareste gefunden wurden, der Serotina angehören.

Indem ich das Fehlen entzündlicher Veränderungen bereits wiederholt hervorgehoben habe, wird der Standpunkt, den man bezüglich der pathologischen Stellung der Anomalien in diesem Falle einzunehmen haben wird, bereits gekennzeichnet. Der Prozess muss als Wachstumsexcess aufgefasst werden. Die mitgeteilten interessanten Befunde an den Chorionzotten, die man sonst an reifen Placenten nicht findet, sind nicht anders, denn als Hyperplasie der Placenta zu bezeichnen. In einigem Widerspruche zu dieser Ueberentwickelung der Placenta steht die etwas zurückgebliebene Entwickelung des am normalen Schwangerschaftsende geborenen Kindes. Aber das gestörte Verhältnis zwischen Entwickelung der Frucht und der Placenta ist ja aus anderen Gründen vielfach bekannt und speziell in diesem Falle nicht unerklärlich. Bei dem grossen Gefässreichtum der Uteruswand und der innigen Beziehung der Placenta zu den Gefässen selbst, der in der geschilderten Weise gleichfalls als abnorm anzusehen ist, kann es uns nicht wundern, wenn in erster Linie das Placentargewebe die Zeichen der Ueberernährung an sich trägt, denn erst durch das Gewebe der Placenta hindurch gelangen die Nahrungsstoffe zur Frucht. Wenn auch gewöhnlich beides Hand in Hand geht, so ist die erwähnte Verschiedenheit doch nicht so unverständlich.

Gehen wir nun einen Schritt weiter in der Erklärung des Zusammenhanges der Erscheinungen, so fragt es sich, was ist denn die Ursache dieser abnormen Haftung der Placenta? Hier gelangen wir auf spekulatives Gebiet und es wäre müssig, sich allzu sehr in Hypothesen zu verlieren. Die Ursache, warum die Placenta in so günstige Ernährungsbedingungen versetzt wurde, ist vorläufig unklar.

Das Zugrundegehen der Serotina durch gesteigerte Wachstumsenergie erklären zu wollen, wäre freilich ein leichtes Auskunftsmittel, aber in gewissem Sinne möchte ich das dennoch aufrecht erhalten. Der abnorme Sitz der Placenta kann an und für sich nicht massgebend sein, denn es tritt sofort die Frage an uns heran, warum entstehen nicht die gleichen Veränderungen in jedem Falle von Placenta praevia? Es ist allerdings auffallend, dass in der Litteratur viele Fälle von Anwachsung der Placenta bei tiefem Sitze derselben beschrieben worden sind.

Nach den mitgeteilten Befunden kann man wohl nicht annehmen, dass zur Zeit der Geburt eine entzündliche Veränderung bestand. Es scheint mir aber auch unwahrscheinlich, dass unmittelbar vor der Conception oder während der Schwangerschaft ein endometritischer Prozess bestand. Viel eher möchte ich annehmen, dass das Endometrium zur Zeit der Conception Veränderungen darbot, welche einem bereits abgelaufenem Prozesse entsprechen. Welcher Art diese Veränderungen der Schleimhaut waren, das bleibt uns allerdings verborgen; es konnte ein abgelaufener endometritischer Prozess mit bindegewebiger Verdichtung des interstitiellen Gewebes sein oder eine Atrophie der Schleimhaut; die Frau befand sich bereits im 40. Lebensjahre.

Viel mehr Anhaltspunkte in aetiologischer Richtung gewinnen wir bei Berücksichtigung der Anamnese. Hier begegnen wir der Angabe, dass bei beiden Geburten, welche die Frau früher durchgemacht hatte, die künstliche Lösung der Placenta vorgenommen werden musste. Nun ist das aber ein Moment, welches in den Krankengeschichten von Fällen, bei welchen eine Anwachsung der Placenta bestand, vielfach wiederkehrt. So auch in dem erwähnten Falle von Leopold-Leisse. Unter anderen hebt diesen Umstand Fehrsen[18]) als ätiologisches Moment für die Placentarverwachsung hervor. Nun, wenn das auch vorläufig nicht nachzuweisen ist und es ganz gut möglich wäre, dass die Placentarverwachsung eben wegen bestehender Veränderungen der Uterusschleimhaut auf Grundlage eines anderen ätiologischen Momentes sich wiederholt, so darf andererseits die Bedeutung einer manuellen Lösung der Placenta für die spätere Beschaffenheit der Mucosa nicht unterschätzt werden. Die Gefahren der manuellen Lösung sind ja allgemein bekannt und es ist sehr wahrscheinlich, dass selbst bei korrekter oder vorsichtiger Ausführung dieses Eingriffes tiefere Verletzungen der Schleimhaut und selbst der Muskulatur entstehen können. Die Aufgabe weiterer Untersuchungen wird sein, die Verhältnisse der Regeneration der Uterusschleimhaut nach manueller Lösung der Placenta und das Verhalten der ersteren in späterer Zeit nachzuweisen.

Ich möchte mir vorstellen, dass in dem vorliegenden Falle die Schleimhaut im unteren Uterinsegmente zu Beginn der Schwangerschaft nur mangelhaft entwickelt war, so dass sie bei der fortschreitenden Entwickelung des Uterus unter dem Drucke der wachsenden Placenta dehiscierte. Auf diese Weise gelangten die

[18]) Centralbl. f. Gyn., Bd. 4, p. 280.

Chorionzotten an die Muskulatur und wurden durch die weit auseinandergezogenen venösen Sinus in reichlichem Masse ernährt. Das Wachstum der Placenta ist in diesem Falle, wenn wir die thatsächlichen Befunde berücksichtigen, ein abnormes. Aber von einer atypischen Wucherung im Sinne der Malignität kann hier nicht die Rede sein. Ueberall finden wir die physiologische Einheit des Placentargewebes: die Zotte in normaler Anordnung ihrer Elemente. Nach den neueren Forschungen über die von den Elementen des Placentargewebes ausgehenden malignen Neubildungen muss dies als prinzipieller Standpunkt gelten für die Beurteilung der pathologischen Stellung dieser Anomalie. Wenn ich also im Wesentlichen zu denselben Hypothesen greifen muss, um die Ursache der abnormen Haftung der Placenta zu erklären, die schon seit jeher zur Erklärung herangezogen wurden, so gewinnen wir doch aus diesen Untersuchungen einen viel tieferen Einblick in die anatomischen Verhältnisse solcher Fälle. Denn es scheint mir, dass wir es hier nicht mit einem exceptionellen Falle von Anwachsung der Placenta zu thun haben, sondern dass hier ein für viele Fälle zutreffender anatomischer Befund vorliegt. Dafür sprechen die ähnlichen Veränderungen in dem Falle von Leopold-Leisse, obzwar für denselben ein entzündlicher Prozess angenommen wurde und auch in dem Falle der Klinik von G. Braun[14]) habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass analoge Verhältnisse vorliegen wie in dem meinigen. Ich will jedoch gern zugeben, dass die Anwachsung der Placenta sich aus verschiedenen aetiologischen Momenten entwickeln kann und dass auch die anatomischen Verhältnisse verschiedenartig sein können. Die Untersuchungen sind aber, wie aus dem Mitgeteilten hervorgeht, noch viel zu mangelhaft, um hierüber ein endgültiges Urteil zu erlauben.

Um noch kurz auf die klinische Seite des Falles zurückzukommen, so erklären diese anatomischen Befunde, warum der Ausgang in diesem Falle so ungünstig war. Es geht aus der Beschreibung der Placentarhaftung hervor, dass eine vollständige Entfernung der Placenta durch die manuelle Lösung wohl unmöglich gewesen wäre, da das Placentargewebe aus den venösen Sinus nicht herausgenommen werden kann. Die Gefässe konnten sich aber, so lange diese unvollkommen obturierenden Thromben sich in ihnen befanden, nicht vollständig schliessen.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1: Durchschnitt durch die hintere Uteruswand und Placenta. Lupenvergrösserung (Reichert 10).
m: Muskulatur, pl: Placenta.

Fig. 2: Placentargewebe (Zeiss. Apochrom. 16,0 mm, Apert. 0,30, Comp. Oc. 8).
s: Syncytium, ch: Chorionbindegewebe, b: Blut.

Fig. 3: An der Muskulatur haftende Chorionzotten (Zeiss. Apochrom. 16,0 mm, Apert. 0,30, Comp. Oc. 8).
s: Syncytium, m: Muskulatur, b: Blut.

---

[14]) Demonstriert in der geb.-gyn. Ges. zu Wien im Juni 1896.

III. Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse auf der geburtshilflichen Klinik von Prof. Pawlik in der Zeit vom 1. Oktober 1887 bis 31. Dezember 1895

von

Dr. ULRICH PIPEK,

I. Assistent der böhm. geburtshilfl. Universitäts-Klinik in Prag.

(Schluss.)

Nach dieser kurzen Aufstellung der hauptsächlichen Regeln, welche für die objektive und subjektive Desinfektion, für die Leitung normaler und operativer Geburten, sowie für das Wochenbett Geltung finden, komme ich zu den einzelnen Angaben selbst.

Die Gesammtzahl der in der oben angeführten Zeit aufgenommenen Mütter — zusammengestellt nach den einzelnen Jahrgängen auf Taf. Nr. 1 — beträgt 8924.

Von diesen Frauen wurden auf der Klinik entbunden 8699 = 97,48%, ausserhalb der Anstalt entbunden und hierauf in die Klinik eingeliefert 225 = 2,52%.

Die Zahl der Frauen, die ein Kind geboren hatten, betrug 8794 = 98,54%, die Zwillinge geboren hatten 129 = 1,45%. die mehrere Kinder (Drillinge) geboren hatten 1 = 0,01%.

Von allen diesen Frauen waren Erstgebärende 4706 = 52,73%, Mehrgebärende 4218 = 47,27%.

Die Gesamtzahl der Kinder, die auf der Klinik oder ausserhalb der Anstalt geboren und mit ihren Müttern eingeliefert wurden, betrug 9029.

Zur vollen Zahl, welcher die Summe der einfachen, Zwillings- und mehrfachen Geburten entspricht, fehlen 75 Kinder.

In dieser Zahl sind die Fehlgeburten, bei denen das Geschlecht nicht bestimmt worden ist, sowie die Anzahl jener Kinder, welche überhaupt in die Anstalt nicht eingeliefert worden sind, inbegriffen.

Dem Geschlechte nach waren	Knaben:	4691 =	52,24%
	Mädchen:	4289 =	47,76%
Ausgetragene lebende	Knaben:	3995 =	44,56%
„ todte	„	103 =	1,15%
„ todte macer.	„	25 =	0,28%
Nicht ausgetragene lebende	Knaben:	454 =	5,06%
„ „ todte	„	45 =	0,50%
„ „ todte macer.	„	62 =	0,69%
	Sa.	4684	

Ausgetragene lebende Mädchen	3598	= 40,13%
„ todte „	77	= 0,86%
„ todte macer. „	14	= 0,16%
Nicht ausgetragene lebende Mädchen	513	= 5,72%
„ „ todte „	26	= 0,29%
„ „ todte macer. „	54	= 0,60%
Sa.	4282	

Im Ganzen wurden also von 9029 Kindern, mit Ausschluss eines Teiles der Fehlgeburten, lebend geboren: 8560.
Von diesen waren:

ausgetragene Knaben:	3995 = 44,56%	4449 = 49,62%	
nicht ausgetragene „	454 = 5,06%		
ausgetragene Mädchen:	3598 = 40,13%	4111 = 45,85%	
nicht ausgetragene „	513 = 5,72%		
Sa.	8560 = 95,47%		

Die Zahl todtgeborener Kinder betrug:

Knaben, ausgetragen, frisch abgestorben:	103	= 1,15%
„ nicht ausgetragen „ „	45	= 0,50%
„ ausgetragen, macerirt	25	= 0,28%
„ nicht ausgetragen „	62	= 0,69%
Sa.	235	= 2,62%
Mädchen, ausgetragen, frisch abgestorben:	77	= 0,86%
„ nicht ausgetragen „ „	26	= 0,29%
„ ausgetragen, macerirt	14	= 0,16%
„ nicht ausgetragen „	54	= 0,60%
Sa.	171	= 1,91%

Sa. 406 = 4,53%

In dieser Zahl der todtgeborenen Kinder sind inbegriffen sowohl die Kinder, welche infolge irgend einer Operation abgestorben sind, als auch jene, welche im Verlaufe einer normalen Geburt zu Grunde gegangen sind. Ebenso sind unter die frisch abgestorbenen Kinder jene abortierten Früchte eingerechnet worden, deren Geschlecht bestimmt worden ist.

Das Endresultat hinsichtlich der verpflegten Mütter — nach den einzelnen Jahrgängen übersichtlich verzeichnet auf Tabelle II — ist hiernach summarisch folgendes:

Von der Gesammtzahl der Mütter: 8924

wurden transportiert ins Findelhaus:	7187	= 80,54 pCt.
nach Hause entlassen:	1584	= 17,75 „
ins Krankenhaus transferiert:	94	= 1,05 „
starben im Gebärhaus:	59	= 0,66 „
Sa.	8924	

Von den ins Krankenhaus transferierten starben 15 = 0,16 pCt.
Im Ganzen starben also Mütter: 74 = 0,83 pCt.

Zwei Frauen starben vor der Geburt (in graviditate et intra partum); da die Früchte abgestorben waren, wurden sie nicht entbunden, daher wurden sie auch nicht in die oben angeführte Zahl eingereiht.

Summe der zugegangenen Mütter und Kinder.

Jahr	Einfache Geburten	Zwillings-Geb.	Mehrfache Geb.	Geb. auf der Klinik	Geb. ausserhalb der Anstalt	Erstgebärende	Mehrgebärende	Kinder		Lebende Kinder				Todtgeborene Kinder								Abortus
										ausgetrg.		nicht ausg.		frisch abgestorb.				macerirt				
														ausgetr.		nicht ausg.		ausgetr.		nicht ausg.		
								Knab.	Mäd.	Kn.	Mäd.	Kn.	Mäd.	Kn.	Mäd.	Kn.	Mäd.	Kn.	Mäd.	Kn.	Mäd.	
1887	213	8	—	220	1	130	91	112	117	93	102	13	11	3	3	1	—	—	—	2	1	—
1888	971	15	—	964	22	509	477	526	465	427	365	71	84	8	8	11	3	1	1	8	4	10
1889	962	9	1	949	23	505	467	514	460	442	407	42	28	9	9	9	5	2	4	10	7	9
1890	976	15	—	962	29	503	488	503	490	441	436	38	34	14	8	5	1	1	1	4	10	9
1891	1064	17	—	1057	24	566	515	553	532	481	443	41	68	17	13	5	3	4	—	5	5	12
1892	1092	16	—	1083	25	581	527	573	544	452	408	93	118	14	10	8	6	—	2	6	5	7
1893	1150	16	—	1137	29	649	517	609	566	480	455	92	87	16	8	2	5	7	2	12	9	6
1894	1204	13	—	1180	37	654	563	647	575	594	512	30	43	11	10	2	1	4	3	6	6	8
1895	1162	20	—	1147	35	609	573	654	540	585	475	34	40	11	8	2	2	6	1	9	7	19
Sa.	8794	129	1	8699	225	4706	4218	4691	4289	3995	3598	454	513	103	77	45	26	25	14	62	54	80
	8924													251								

Tab. II.

Gesamt-Resultat hinsichtlich der Mütter und Kinder.

Jahr	Resultat hinsichtlich der Mütter						Resultat hinsichtlich der Kinder					
	ins Findelhaus	nach Hause entlassen	ins Krankenhaus	† in d. Anst. als Schwang.	† in d. Anst. als Wochner.	† im Krankenhause	ins Findelhaus Knab.	ins Findelhaus Mädch.	nach Hause Kn.	nach Hause Mäd.	† Kn.	† Mäd.
1887	145	37	4	—	2	2	74	93	8	4	11	2
1888	793	188	8	—	5	1	460	409	11	20	28	26
1889	764	181	14	1	9	2	440	392	20	16	26	22
1890	803	177	7	1	5	—	424	419	22	25	33	21
1891	885	186	8	1	7	—	474	466	23	19	24	35
1892	883	187	18	1	6	5	485	461	19	22	45	26
1893	927	220	23	—	8	2	512	507	23	18	41	25
1894	997	195	9	2	5	1	551	503	24	27	37	23
1895	990	213	8	1	7	2	560	490	37	26	35	21
Sa.	7187	1584	94	7	54	15	3980	3740	182	177	280	201

Das Resultat hinsichtlich der lebendgeborenen Kinder nach den einzelnen Jahrgängen geordnet ist gleichfalls auf der Tafel II enthalten.

Die Zahl sämmtlicher lebender Kinder betrug: 8560. Von diesen wurden ins Findelhaus transferiert:

Knaben 3980 = 46,49 pCt.
Mädchen 3740 = 43,69 „
} 7720 = 90,18 pCt.

Nach Hause entlassen:

Knaben 182 = 2,13 pCt.
Mädchen 177 = 2,07 „
} 359 = 4,20 pCt.

Gestorben:

Knaben 280 = 3,27 pCt.
Mädchen 201 = 2,35 „
} 481 = 5,62 pCt.

Zur Ergänzung des oben angeführten Endresultates hinsichtlich der Mütter ist es wichtig, auf die Morbidität und Mortalität im Wochenbette gesondert hinzuweisen.

Vor allem anderen muss auf die Erkrankungen, in zweiter Linie erst auf die Sterblichkeit Rücksicht genommen werden. Die Morbidität liefert nämlich den besten und gerechtfertigsten Beweis dafür, dass die angewandte Untersuchungsmethode entsprechend ist, sowie dass die prophylactischen Massregeln zweckmässig sind.

Die Gesamtzahl der Erkrankungen und zwar sowohl der puerperalen als auch jener, welche in keinem Zusammenhange mit dem Puerperium stehen, beträgt summarisch 1209.

Tab. III.

Tabelle der Morbidität und Mortalität der Mütter.

Jahr	Zahl der Mütter	Gesammtsumme aller Kranken	Erkrankungen im Puerperium	Transferiert ins Krankenhaus		† Mütter im Gebärhaus								† Mütter transf. ins Krankenh.								†						Summe der †		
						† infolge puerper. Erkrankung						infolge and. Erkrankung		† infolge puerper. Erkrankung						infolge and. Erkrankung												
						infic. auf der Klinik				infic. ausserhalb d. Klin.				infic. auf der Klinik				infic. ausserhalb d. Klin.				ante partum		intra-partum		† auf die Klinik eingeliefert		Zahl	Die wievielte Geburt	
				Puerperale Erkrankung	Andere Erkrankung	spont		oper.		spont		oper.		spont		oper.		spont		oper.										
						I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.	I.	m.		I.	m.
1887	221	82	22	2	2							2				1						1								4	2	2
1888	986	116	71	1	2		1	1			1				1	2				1										7	3	4
1889	972	127	57	—	14	2			1							5						1		1		1				11	10	1
1890	991	97	54	—	7				1			1				2								1	1					6	3	3
1891	1081	116	59	—	8							2				2	2									1		1		8	4	4
1892	1108	174	106	2	16					1		1				1	3		2					1	2					12	4	8
1893	1166	270	131	3	20	1						1		1	1		4		1			1								10	3	7
1894	1217	161	59	2	7						1	1			1	2				1							1		1	8	2	6
1895	1182	216	64	2	6	2						1		2			2		1			1					1			10	6	4
Sa.	8924	1209	623	12	82	5	1	1	2	1	2	2	7	3	4	13	11	1	4	—	1	—	1	1	—	4	2	1	—	3	3	1	1	1	—	76	37	39

Nach den einzelnen Jahrgängen sind sie auf der Morbiditäts- und Mortalitätstafel geordnet. — Tab. III.

Alle diese Erkrankungen, besonders die nicht puerperalen, durchzunehmen und zu spezialisieren, je nachdem, ob die erkrankten Frauen Erst- oder Mehrgebärende waren, ob die Geburten derselben normale oder operative waren, ist nicht der Zweck dieses Berichtes. Alle Aufmerksamkeit ist blos den puerperalen Erkrankungen gewidmet, welche auf der Tafel: „Puerperale Erkrankungen" detailliert verzeichnet sind, wo auch angegeben ist, ob es sich bei diesen Erkrankungen um Erst- oder Mehrgebärende gehandelt hat, und ob die Geburten normale oder operative gewesen sind.

Bevor ich zur Eintheilung der puerperalen Erkrankungen überhaupt komme, will ich im voraus bemerken, dass in der Zahl derselben auch alle jene Fälle inbegriffen sind, bei denen die Temperatur entweder einmal oder mehrmals im Wochenbette über 38° gestiegen ist. In der grösseren Mehrzahl dieser Fälle war es unmöglich, die Ursache dieser Temperatursteigerung festzustellen, sie wurden daher nach Ausschluss einer anderen, extragenitalen Erkrankung unter der Bezeichnung „febriculae," d. h. als leichte Erkrankungen im Puerperium eingereiht.

Die verschiedenen Erkrankungen der Brüste wurden, insofern dabei keine Genitalerkrankung auftrat, den puerperalen Erkrankungen nicht zugezählt.

Auf den ersten Blick wird vielleicht die grosse Zahl der ins Krankenhaus transferierten Wöchnerinnen auffallen; häufig waren es solche, bei denen es sich um Erkrankungen im Wochenbette handelte.

Zur Erklärung dieses Umstandes muss ich vor allem kurz auf die räumlichen Verhältnisse und auf jene Umstände hinweisen, welche die Wärterinnen der Wöchnerinnenzimmer betreffen.

Die Räume der Klinik, welche als Wöchnerinnenzimmer dienen, haben alle die gleiche Grösse und enthalten die gleiche Zahl von Betten. Kleinere Räumlichkeiten, in welchen sich 1 oder 2 Betten für Wöchnerinnen befinden, besitzt die Klinik nicht. Daher müssen, wenn irgend eine Wöchnerin erkrankt und die Nothwendigkeit eintritt, sie länger in ärztlicher Behandlung zu belassen, nothwendigerweise wegen dieser einzelnen Wöchnerin die übrigen Betten unbelegt bleiben. In einem solchen Falle muss ferner die Wärterin des Zimmers, in welchem die Kranke liegt, selbstverständlich ausschliesslich zur Bedienung dieser Frau bestimmt werden. Aus dem gleichen Grunde, da derselben Wärterin auch die Wöchnerin des Nachbarzimmers zur Pflege zugetheilt sind, kann nicht einmal das zweite Zimmer benutzt werden.

Die Klinik verfügt nämlich über 10 Räume zu je 6 Betten für Wöchnerinnen, von denen immer je 2 Zimmer einer Wärterin zugetheilt sind. Zur Pflege der Wöchnerinnen auf den Zimmern giebt es nur 5 Wärterinnen.

Diese Verhältnisse lassen sich mit den Verhältnissen anderer Anstalten und Kliniken, auf welchen meistens die ärztlichen

Kliniken mit Hebammenschulen verbunden sind, nicht vergleichen. In einer solchen Anstalt findet man immer, wenn man für eine erkrankte Wöchnerin eine besondere Wärterin braucht, Ersatz in den Kandidatinnen. Diese werden ohnedies zum Zwecke ihrer Ausbildung in der Pflege der Wöchnerinnen in verschiedene Zimmer zugetheilt und können daher ohne weitere Umstände bei gehöriger Aufsicht den Posten von Wärterinnen bei gesunden Wöchnerinnen versehen.

Aus dem Angeführten ist ersichtlich, dass häufig wegen einer einzigen erkrankten Wöchnerin Mangel an Raum für die frischen und gesunden Wöchnerinnen eintreten kann. Der Raummangel wird um so fühlbarer, je mehr zu gewissen Zeiten die Zahl der Geburten steigt. Auf diese Weise wird es auch erklärlich, warum es häufig nothwendig wird, selbst Frauen mit puerperalen Prozessen ins Krankenhaus zu transferieren. Freilich ist dabei zu bedauern, dass uns auf der Klinik die Gelegenheit entgeht, solche Fälle in ihrem Verlaufe zu beobachten und zu studieren. Aus diesen Transferierungen erwächst fernerhin der Klinik hinsichtlich des Sterblichkeitsausweises kein Vortheil, da solche Fälle, wenn der Tod im Krankenhause eintritt, in die Gesamtsumme der Todesfälle eingerechnet werden. Der letztere Vorgang ist daraus ersichtlich, dass sich beinahe auf allen beigefügten Tafeln eine Rubrik: „gestorben im Krankenhause" befindet.

Puerperale Erkrankungen nach den einzelnen Jahrgängen eingeteilt auf der „Morbiditäts- und Mortalitätstafel," summarisch enthalten auf der Tafel: „Puerperale Erkrankungen" — Tab. IV kamen in der oben erwähnten Zeit in 623 Fällen = 6,98 pCt. bei einem Materiale von 8924 Gebärenden vor.

Von Erstgebärenden erkrankten im Puerperium, u. zw. von 4706 Fällen 341 = 7,24 pCt. = 3,82 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Von Mehrgebärenden erkrankten im Puerperium, u. zw. von 4218 Fällen 282 = 6,68 pCt. = 3,16 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Erstgebärende erkrankten nach normalen Geburten in 245 Fällen = 2,74 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Erstgebärende erkrankten nach operativen Geburten in 96 Fällen = 1,08 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Mehrgebärende erkrankten nach normalen Geburten in 195 Fällen = 2,18 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Mehrgebärende erkrankten nach operativen Geburten in 87 Fällen = 0,97 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Unmöglich jedoch kann man alle Erkrankungen im Wochenbette gleich beurteilen; nach ihrem Verlaufe, sowie nach den zufälligen Folgeerscheinungen muss man sie in Erkrankungen leichteren und schwereren Grades einteilen.

Tab. IV.

Puerperale Erkrankungen.

Summe	Wievielte Schwangerschaft		Diagnose.	Geburtsverlauf				Transferierte ins Krankenhaus				† in der Anstalt				† im Krankenhaus			
				I.		m.		I.		m.		I.		m.		I.		m.	
	I.	m.		sp.	op.	sp.	op.	sp.	op	sp.	op	sp.	op	sp.	op	sp.	op	sp.	op
			Erkrankungen leichterer Art.																
886	216	170	Febricula puerperalis	153	63	122	48												
			Erkrankungen schwererer Art.																
1	—	1	Abscessus colli uteri gangraen.											1					
1		1	Dysenteria. Sepsis puerper.			1									1				
44	24	20	Endometritis puerperalis	21	3		1												
1	—	1	Endometritis et Pleuropneum.			14	6												
3	2	1	Endometritis sub partu	1	1		1								1				
1	—	1	Endometritis et Mastitis				1				1								
26	15	11	Febris puerperalis	7	8		1					1		1	1				
1	—	1	Febris puerp. Parametritis dext.			5	6												
1	—	1	Febris puerp. et Mastitis supp.				1			1								1	
1	—	1	Febris puerp. et Pneumonia			1				1								1	
1	1		Gangraena pulmon. Pyaemia		1	1			1								1		
4	4	—	Haematoma vaginae	4															
2	1	1	Haematoma labii minor.	1															
3	—	3	Haematoma labii maioris				1												
1	1	—	Haematoma lab. min. et maj. sin.		1	1	2												
18	10	8	Lochiocolpos	8	2														
35	14	21	Lochiometra	12	2	7	1												
1	1	—	Lymphangoitis et Phlebitis v. saph.		1	20	1												
7	—	1	Parametritis abscedens																
31	23	14	Parametritis exudativa	18	5	1		1		1									
1	—	1	Pelveoperitonitis product.			10	4												
1	—	1	Perimetritis				1												
1	—	1	Peri- et Parametritis				1												
1	—	1	Periphlebitis				1												
9	3	6	Peritonitis septica	2	1	1				1		2	1		5		1		
1	—	1	Peritonitis fibrinosa post rupt. uteri spont. compl.			1	5								1				
1	1	—	Phlegmasia alba dolens		1		1												
9	5	4	Physometra	3	2														
3	1	2	Pleuropneumonia puerper.	1		3	1			2								2	
1	—	1	Psychosis puerperalis			2						(Irrenanstalt)							
6	4	4	Sepsis puerperalis	2	2	1				1		2	2	1	1				
3	1	2	Tetanus puerperalis	1		1	1				1	1						1	1
1	1	—	Thrombosis venar. crural.	1		1	1			1									
16	13	3	Ulcera puerperalia	10	3														
237	125	112	Summe puerp. Erkr. schwererer Art	92	33	73	39	1	1	8	2	6	3	3	10		1	6	1
386	216	170	„ „ „ leichterer „	153	63	122	48												
623	341	282	Total-Summe:	245	96	195	87	1	1	8	2	6	3	3	10		1	6	1

Tabelle der Mortalität der Mütter.

Tab. V.

Summe	Wievielte Geburt I.	Wievielte Geburt m.	Diagnose.	† in der Gebäranstalt: † infolge puerp. Erkrank.: † Infect. in der Anstalt: spont I.	spont m.	oper. I.	oper. m.	† Inf. ausserhalb d. Anst.: spont I.	spont m.	oper. I.	oper. m.	† in der Gebäranstalt: infolge and. Erkrankung.: spont I.	spont m.	oper. I.	oper. m.	† im Krankenhaus: † infolge puerp. Erkrank.: † Infect. in der Anstalt: spont I.	spont m.	oper. I.	oper. m.	† Inf. ausserhalb d. Anst.: spont I.	spont m.	oper. I.	oper. m.	† im Krankenhaus: infolge and. Erkrankung: spont I.	spont m.	oper. I.	oper. m.	† ante partum I.	ante partum m.	† intra partum I.	intra partum m.	† in die Anstalt I.	† in die Anstalt m.
1	—	1	Abscessus colli uteri gangraenescens. Sepsis puerper No. 9.		1																														
4	3	1	Anaemia excessiva p. p. No. 36, 60, 70, 72.									2	1	1																					
1	1		Bronchopneumonia No. 23.											1																					
10	7	3	Eclampsia No. 11, 13, 18, 19, 24, 30, 32, 44, 61, 63.										1	7	1																1				
2	1	1	Luftembolie No. 7, 21.										1	1																					
1	1		Embolia arteriae pulmonalis No. 28.											1																					
1	1	—	Encephalomalacia pont. Var.-Haemorrhagia cerebri No. 25.																													1			
1	1	—	Endocarditis chronica No. 41.																									1							
1	1		Endocarditis verrucosa No. 20.																									1							
1	—	1	Endometritis puerper. gangraenosa — Sepsis No. 64.								1																								
1	1		Endometritis puerper. septica.-Peritonitis No. 14.	1																															
1	1		Gangraena pulm. — Porencephalia No. 10.											1																					
1	1		Gangraena pulm. — Pyaemia, Eclampsia peracta No. 53.																						1										
1	—	1	Meningitis purulenta No. 68.																														1		
1	1		Nephritis.—Endometritis puerper. Anaemia excessiva No. 55.									1																							
1	1		Nephritis. Oedema pulmonum No. 22.																												1				
1	1		Oedema pulmonum acutum No. 33.																														1		
2	—	2	Osteomalacia, Oedema pulmonum No. 37, 40.												2																				
1	—	1	Osteomalacia, Peritonitis fibrinosa; Colpitis diphterica No. 40.												1																				
3	—	3	Peritonitis septica No. 2, 5, 35.							2														1											
1	1	—	Peritonitis diffusa purulenta; Marasmus praecox No. 17.																													1			
1	—	1	Pleuritis adhaesiva; Encephalomalacia. Vitium cordis No. 62.																														1		
1	—	1	Pleuritis exsudativa. Syncope No. 54.												1																				
1	—	1	Pneumonia crouposa No. 50.										1																						
2	—	2	Ruptura cervicis uteri; Anaemia excessiva No. 43, 51.												2																				
5	2	3	Ruptura uteri No. 29, 31, 42, 66, 76.												2																	1		1	1
1	1	—	Sepsis haemorrhagica in variola No. 3.																									1							
19	8	11	Seps. puerp. No. 1, 4, 6, 8, 15, 16, 26, 27, 34, 38, 39, 45, 47, 52, 57,	3		1	2	1	2	2	4						1	3																	
1	1	—	Struma hyperplastica. — Suffocatio No. 12. [58, 59, 73, 75.											1																					
3	1	2	Tetanus puerperalis No. 69, 74, 65.	1														1		1															
3	—	3	Tuberculosis pulmonum No. 46, 48, et peritonei No. 56.												1														2						
1	1		Typhus abdominalis No. 71.																									1							
1	—	1	Uraemia No. 67.												1																				
76	37	39	Sa.	5	1	1	2	1	2	2	7	3	4	13	11	1	4	—	1	—	1	1	—	4	2	1	—	3	3	1	1	1	—		

Die Differenzierung ist schon mit dem Namen der Diagnose selbst gegeben.

Als Erkrankungen leichteren Grades sind alle jene Fälle aufgefasst, welche mit der gemeinsamen Bezeichnung „Febriculae puerperales“ benannt wurden.

Alle übrigen Erkrankungen sind den Wochenbettskrankheiten ernsteren Charakters zugezählt worden.

Aus dieser Einteilung ergiebt sich dann folgendes Verhältnis:

Puerperale Erkrankungen leichteren Grades kamen vor: auf 8924 Mütter in 368 Fällen = 4,32 pCt.

Auf 4706 Erstgebärende in 216 Fällen = 4,58 pCt. = 2,42 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Auf 4218 Mehrgebärende in 170 Fällen = 4,03 pCt. = 1,90 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Von 216 Erstgebärenden nach normalen Geburten in 153 Fällen = 1,71 pCt.

Von 216 Erstgebärenden nach operativen Geburten in 63 Fällen = 0,70 pCt.

Von 170 Mehrgebärenden nach normalen Geburten in 122 Fällen = 1,36 pCt.

Von 170 Mehrgebärenden nach operativen Geburten in 48 Fällen = 0,54 pCt.

Puerperale Erkrankungen schwereren Grades traten bei einer Gesamtzahl von 8924 Müttern in 237 Fällen auf = 2,65 pCt.

Von 4706 Erstgebärenden erkrankten 125 = 2,65 pCt. = 1,39 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Von 4218 Mehrgebärenden erkrankten 112 = 2,65 pCt. = 1,25 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Von 125 Erstgebärenden erkrankten 92 nach normalen Geburten = 1,03 pCt.

Von 125 Erstgebärenden erkrankten 33 nach operativen Geburten = 0,37 pCt.

Von 112 Mehrgebärenden erkrankten 73 nach normalen Geburten = 0,81 pCt.

Von 112 Mehrgebärenden erkrankten 39 nach operativen Geburten = 0,43 pCt.

Das Resultat der Erkrankungen im Wochenbette stellt sich mit Rücksicht auf das gegenseitige Verhältnis in den einzelnen Jahrgängen und in 2 Reihen aufgestellt je nach dem leichteren oder schwereren Grade folgendermassen dar:

I. Erkrankungen leichteren Grades.	II. Erkrankungen schwereren Grades:
1895 = 3,80 pCt.	1895 = 1,61 pCt.
1894 = 4,85 „	1891 = 1,66 „
1890 = 5,45 „	1894 = 2,05 „
1891 = 5,46 „	1890 = 2,12 „
1889 = 5,86 „	1892 = 2,16 „
1888 = 7,20 „	1893 = 2,77 „
1892 = 9,56 „	1889 = 2,87 „
1887 = 9,95 „	1888 = 5,17 „
1893 = 11,70 „	1887 = 9,04 „

In der zweiten Reihe giebt zur Beurteilung des Endresultates für die Wöchnerinnen die Zahl der Todesfälle einen Anhaltspunkt, hauptsächlich jene Fälle, bei denen die Infektion die Todesursache war.

Um die Todesursache bei den einzelnen Fällen völlig richtig beurteilen zu können, wäre es gewiss wünschenswerth, die Geburts- und Krankengeschichten, sowie die Sektionsprotokolle bekannt zu geben. Mit Rücksicht auf ihre Zahl und Ausführlichkeit einerseits, sowie auf die enggezogenen Grenzen dieses Berichtes andererseits, musste ich mich nur auf eine übersichtliche Ordnung der Todesursachen in der beigefügten Sterblichkeitstabelle der Mütter beschränken.

Zu manchen Fällen füge ich zum Zwecke des besseren Verständnisses kurze Erklärungen hinzu. Bei der grösseren Anzahl der Fälle ist es nicht erforderlich, da in der Tabelle selbst die nötigen Angaben enthalten sind. (Tab. V.)

Die den Diagnosen beigefügten Ziffern sind die fortlaufenden Nummern des Verzeichnisses der Gestorbenen.

Zu den Fällen, bei denen als Todesursache Anaemia excessiva angegeben ist, muss ich folgendes hinzufügen: No. 38 J. 1891 38 j. I.pa; in die Anstalt stark ausgeblutet eingeliefert. Zwillinge a) Forceps b) Extraktion bei vollkommener Beckenendlage.

No. 60. J. 1894. II.-pa. Vor dem Eintritte in die Anstalt blutete die Frau zwei Tage lang bedeutend. Eine halbe Stunde p. p. trat eine starke Blutung ein, welche zwar durch Tamponade des Uterus gestillt wurde; die Frau starb jedoch unter Symptomen von Anaemie. Der Sektionsbefund ergab Zeichen chronischer Phosphorvergiftung.

No. 70. J. 1895. I.-pa. Nach der Geburt Atonia uteri.

No. 72. J. 1895. I.-pa. Abortus; verblutet in die Anstalt eingeliefert.

Bei keinem dieser Fälle wurden bei der Sektion irgend welche Risse in den Geburtsteilen gefunden.

Fernerhin sind Erklärungen notwendig zu Fällen von Ruptura cervicis uteri.

No. 43. J. 1892. IV.-pa. Placenta praevia centralis. Die Frau wurde pulslos und beinahe völlig verblutet in die Anstalt eingeliefert. Zum Zwecke der Beendigung der Geburt noch ante mortem wurde bei nahezu schon verstrichenem Muttermunde aus der Kopflage gewendet und die Extraktion angeschlossen.

No. 51. J. 1893. VII.-pa. Insufficientia valvulae bicusp. et stenosis ostii venosi sinistri. Dilatatio cordis dextri. Hydrops ascites. Wegen drohender Symptome von Athemnot und gestörter Herzaktion wurde bei Hydramnios aus Querlage bei unvollständig ausgedehnter Cervix und bei einem inneren Muttermunde, der blos für 2 Finger durchgängig war, gewendet. Während, sowie nach der Wendung keine Blutung. 4 Stunden nach der Wendung erfolgte die spontane Geburt der Frucht bis zu den Schultern; Lösung der Arme, Extraktion des Kopfes geschah leicht. Nach der Geburt

trat eine bedeutende Blutung auf, welche auf Tamponade des Uterus stand; 14 Stunden darnach neue, tötliche Blutung.

Ruptura uteri.

No. 29. J. 1891. I.-pa. Todt in die Anstalt eingeliefert.

No. 31. J. 1891. V.-pa. Bei der Wendung entstanden.

No. 42. J. 1892. I.-pa. Moribund mit einer traumatischen Ruptur in die Anstalt eingeliefert.

No. 66. J. 1894. III.-pa. Mit der Ruptur in die Anstalt eingeliefert, starb die Frau beim Uebertragen von der Tragbahre ins Bett.

No. 76. J. 1895. II.-pa. Kopflage; Becken normal. Spontane Ruptur intra partum, Perforation der toten Frucht.

Zu den Fällen, welche mit der Diagnose „Sepsis puerperalis" angeführt sind, muss ich folgendes bemerken:

No. 4. J. 1887. I.-pa. Normale Geburt. Wurde gebärend mit bedeutenden Oedemen der unteren Extremitäten in die Anstalt eingeliefert.

No. 6. J. 1888. I.-pa. Platt rhachitisches Becken; Sectio caesarea s. Sänger. Miliarabscesse in den Stichkanälen der Uterusnaht.

No. 15. J. 1889. I.-pa. Normale Geburt.

No. 16. J. 1889. II.-pa. Forceps wegen Sinkens der kindlichen Herztöne und wegen Dehnung des unteren Uterinsegmentes.

No. 26. J. 1890. III.-pa. Wendung aus Querlage und Extraktion. Plattes Becken. Trat in die Anstalt nach Abgang des Fruchtwassers ein. Ausserhalb der Anstalt wiederholt untersucht.

No. 27. J. 1890. V. pa. Plattes Becken. Vordere Scheitelbeineinstellung. Oedeme der unteren Extremitäten, der äusseren Genitalien und der Unterbauchgegend. Bedeutende Menge von Eiweiss im Harne. Wendung. Extraktion.

No. 38. J. 1892. II. pa. Normale Geburt.

No. 57. J. 1893. IV. pa. Normale Geburt. Während der Geburt erhöhte Temperatur. Manuelle Lösung der Placenta. Das I. Wochenbett stark fieberhaft. Bei der III. Geburt Placenta accreta. Manuelle Lösung derselben, bedeutende Blutung, Tamponade des Uterus, subcutane Infusion physiologischer Kochsalzlösung. Wochenbett fieberhaft.

Während der letzten Schwangerschaft: die Frau stark herabgekommen, Oedeme der unteren Extremitäten, im Harne negativer Befund, Athmung beschwerlich, sämtliche sichtbaren Schleimhäute blass, anaemisch, an der Bicuspidalis der 1. Ton dumpf, unbestimmt.

No. 58. J. 1893. I. pa. Normale Geburt. Gebärend in die Anstalt eingetreten.

No. 75. J. 1895. I. pa. Normale Geburt. Während der Geburt entstand eine Fissur in einer Nymphe; es wurden Serres-fines angelegt. Nach Entfernung derselben war die Wunde noch nicht vollständig verheilt. Die Frau fühlte nach ihrer Angabe Brennen beim Harnlassen. Deswegen schützte sie, wie sie selbst eingestand, die wunde Stelle mit ihren Fingern vor dem Harnstrahl. Da sie an einer eitrigen Mittelohrentzündung litt, ist die Annahme, dass sich die Frau selbst inficiert hat, sehr begründet. Ueberdies

traten die Erscheinungen der Infektion erst am 8. Tage p. p. auf; bis dahin war die höchste Temperatur 37,5, die Zahl der Pulse betrug 74.

Besonders erwähnen will ich ferner noch die Fälle: „Tetanus puerperalis."

No. 65. J. 1894. II. pa. Plattes Becken. Vordere Scheitelbeineinstellung. Mit Rücksicht auf die ziemlich bedeutende Beckenverengerung und auf die grosse Frucht wurde die Wendung auf den Fuss gemacht.

Die Geburt erfolgte bis zu den Schultern spontan. Beim Lösen des hinteren Armes platzte ein Varix der rechten Nymphe; aus diesem entstand eine lebensgefährliche Blutung, welche durch Compression und Anlegung eines Péans provisorisch gestillt wurde. Gleichzeitig mit dem Platzen des Varix entstand auch eine komplete Dammruptur. Die Frucht starb unterdessen ab; es wurde eine Perforation am nachfolgenden Kopfe gemacht. (Das Gewicht betrug nach teilweiser Excerebration 3940 gr.) Der Dammriss wurde genäht, der Varix umstochen, die Blutung definitiv gestillt. Das Wochenbett in den ersten 3 Tagen mässig fieberhaft, vom 4. Tage an fieberfrei. Am 7. Tage Halsschmerzen, beide Tonsillen geschwellt, belegt; am 9. Tage p. p. Trismus. Tod am 12. Tage p. p. (2./VIII.)

No. 69. J. 1895. I. pa. Normale Geburt. Vor Eintritt in die Anstalt von einer Hebamme innerlich untersucht. Bei der Frau handelte es sich um eine bedeutende Kolpitis granulosa und um Blenorrhoea vaginae. Während der Geburt war die Temperatur auf 39,6° erhöht. Das Fruchtwasser ging $10^1/_2$ St. vor der Geburt ab. Die nach Abgang der Nachgeburt entstandene Blutung wurde durch Massage des Uterus, heisse Irrigationen und subcutane Injektion von Ergotin gestillt. Das Befinden war darnach gut. Während der ersten 5 Tage p. p. kein Fieber, die Lochien jedoch vom 2. Tage an übelriechend. Den 6. Tag p. p. Trismus. Exitus am 8. Tage p. p. (23./II).

No. 74. J. 1895. V.-pa. Normale Geburt (20./VII). Vor dem Eintritte in die Anstalt von einer Hebamme innerlich untersucht. Die schlecht genährte Frau trat 36 Stunden nach dem Abgange des Fruchtwassers in die Anstalt. Die Schamspalte klaffte bedeutend. In der Zwischenzeit verrichtete die Frau alle mögliche Arbeit, gieng in der Stadt herum, wobei fortwährend Fruchtwasser abgieng. Nach der Geburt musste die Placenta, da sie am Uterus fest angewachsen war, in ihrer ganzen Ausdehnung manuell gelöst werden, was bedeutende Schwierigkeiten darbot. Blutung sehr unbedeutend. Das Wochenbett vollständig fieberfrei; die höchste Temperatur 37,7, Puls 84. Die Lochien vom 3. Tage an blass, eiterähnlich, nicht übelriechend. Am 7. Tage p. p. Trismus. Am 8. Täge p. p. Exitus.

Ich hege die feste Ueberzeugung, dass in den Fällen No. 69 und No. 74 die Frauen bereits mit dem Tetanusvirus inficiert in die Anstalt eingetreten sind.

Diese 3 Fälle sind sehr interessant und aus dem Grund habe ich mir erlaubt, ihrer etwas ausführlicher Erwähnung zu thun und dies

um so mehr, weil gleichzeitig, sowie kurze Zeit vor sowie nach ihnen viele Fälle, darunter auch Operationen vorgenommen wurden. Bei keinem von diesen trat etwas Pathologisches auf. Die Aetiologie dieser 3 Fälle ist sehr unklar.

Die Todesursache war bei den einzelnen Frauen nach der Morbiditäts- und Mortalitätstabelle und der Tabelle der Mortalität allein Infektion im Puerperium in 29 Fällen = 0,33 pCt.

Davon entfallen auf Rechnung der Anstalt 15 Fälle = 0,17 pCt. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass in den Fällen No. 26, 69 und 74 eine innerliche Untersuchung vor dem Eintritte in die Anstalt vorgenommen wurde. Im Falle No. 75 handelte es sich um eine Infektion, welche die Frau selbst verschuldet hatte. Deshalb beträgt die Zahl der Fälle von Infektion im Puerperium, die auf Rechnung der Anstalt entfallen, blos 11 = 0,12 pCt.

Ausserhalb der Anstalt erfolgte die Infektion in	14 Fällen	= 0,16 pCt.
Mit Hinzurechnung der Fälle No. 26, 69, 74, 75	„ 18 „	= 0,21 „
Infolge anderer Todesursachen starben	„ 38 „	= 0,42 „
Vor der Geburt starben	„ 9 „	= 0,10 „
	Sa. 76 Fälle	= 0,85 pCt.

Im Ganzen starben von 8924 Müttern 76 = 0,85 pCt.

Von 4706 Erstgebärenden 37 = 0,78 pCt. = 0,41 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Von 4218 Mehrgebärenden 39 = 0,91 pCt. = 0,44 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Nach Beendigung der Geburt oder im weiteren Verlaufe des Wochenbettes starben 67 Mütter = 0,75 pCt. Daher ist diese Zahl die einzig richtige, da sie das Verhältnis der gestorbenen zu der Gesamtzahl der Wöchnerinnen richtig angibt. Denn bei Beurteilung dieses Verhältnisses können die weiteren 9 Fälle, die entweder vor der Geburt starben, oder bei denen erst nach dem Tode der Mütter die Frucht entbunden wurde, nicht berücksichtigt werden.

Von diesen 67 gestorbenen Wöchnerinnen waren Erstgebärende 32 = 0,68 pCt. = 0,36 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen, Mehrgebärende 35 = 0,83 pCt. = 0,39 pCt. im Verhältnis zur Gesamtzahl der Entbundenen.

Nach normalen Geburten starben 28 Mütter = 0,31 pCt. und zwar infolge in der Anstalt verschuldeter Infektion 11 Mütter = 0,12 pCt.; recte 8 Mütter = 0,09 pCt.

Von diesen waren Erstgebärende 6 recte 4
„ „ „ Mehrgebärende 5 recte 4

Infolge Infektion, welche ausserhalb der Anstalt erfolgte 4 = 0,04 pCt.; recte 7 = 0,08 pCt.

Infolge anderer Todesursachen 13 = 0,15 pCt.

Sa. 28 = 0,31 pCt.

Im Ganzen starben also nach normalen Geburten

Erstgebärende 14 = 0,29 pCt. = 0,16 pCt. im Verhältnis zur Gesammtzahl der Entbundenen.

Mehrgebärende 14 = 0,33 pCt. = 0,16 pCt. im Verhältnis zur Gesammtzahl der Entbundenen.

Nach operativen Geburten starben 39 Mütter = 0,43 pCt. u. zw. infolge von Infektion, die in der Anstalt verschuldet worden war 4 = 0,04 pCt., recte 3 = 0,03 pCt.

Erstgebärende 1

Mehrgebärende 3; recte 2.

Infolge von Infektion, die ausserhalb der Anstalt erfolgt war: 10 = 0,11 pCt.; recte 11 = 0,12 pCt.

Erstgebärende 8

Mehrgebärende 7; recte 8

Infolge anderer Todesursachen 25 = 0,28 pCt.

Sa. 39 = 0,43 pCt.

Im Ganzen starben nach operativen Geburten:

Erstgebärende 18 = 0,38 pCt. = 0,20 pCt. im Verhältnis zur Gesammtzahl der Entbundenen.

Mehrgebärende 21 = 0,50 pCt. = 0,23 pCt. im Verhältnis zur Gesammtzahl der Entbundenen.

Die Zahl der in den einzelnen Jahren Gestorbenen ist in den beigefügten Tabellen der Morbidität und Mortalität verzeichnet.

Das Resultat für die Mütter hinsichtlich der Mortalität und des gegenseitigen Verhältnisses der einzelnen Jahre untereinander ist in 4 aufsteigenden Reihen geordnet, folgendes:

I. Sterblichkeit im Ganzen.

1. 1890 = 0,65 pCt.
2. 1894 = 0,65 „
3. 1888 = 0,71 „
4. 1891 = 0,74 „
5. 1895 = 0,84 „
6. 1893 = 0,85 „
7. 1889 = 1,02 „
8. 1892 = 1,08 „
9. 1887 = 1,81 „

II. Sterblichkeit i. Ganzen nach Abrechnung der in graviditate Gestorbenen.

1. 1890 = 0,42 pCt.
2. 1894 = 0,49 „
3. 1891 = 0,54 „
4. 1888 = 0,71 „
5. 1895 = 0,76 „
6. 1893 = 0,85 „
7. 1892 = 0,99 „
8. 1889 = 1,02 „
9. 1887 = 1,85 „

III. Infolge von Infektion.

1. 1891 = 0,18 pCt.
2. 1890 = 0,21 „
3. 1894 = 0,24 „
4. 1889 = 0,31 „
5. 1895 = 0,34 „
6. 1893 = 0,35 „
7. 1892 = 0,36 „
8. 1888 = 0,40 „
9. 1887 = 1,35 „

IV. Infolge von Infektion die in der Anstalt verschuldet worden ist.

1. 1891 = 0 pCt.
2. 1894 = 0,08 „
3. 1890 = 0,10 „
4. 1893 = 0,17 „
5. 1892 = 0,18 „
6. 1888 = 0,20 „
7. 1895 = 0,26 „[1]
8. 1889 = 0,31 „
9. 1887 = 0,45 „

[1]) Das Jahr 1895 in der IV. Reihe steht an 7. Stelle u. zw. aus dem Grunde, weil die oben erwähnten Fälle No. 69, 74, 75 in die Rubrik „Infektion in der Anstalt verschuldet“ eingereiht sind. Diese Fälle gehören nicht direkt in diese Rubrik. Daher sollte eigentlich das Jahr 1895 in der IV. Reihe gleich auf das Jahr 1891 folgen, da der Prozentsatz der in der Anstalt verschuldeten Infektion = 0 ist.

Blicken wir kurz auf das Gesamtresultat zurück, so finden wir dasselbe, wie folgt:

Erkrankungen im Puerperium 6,98 pCt.
wobei auf Erkrankungen leichteren Grades entfallen 4,32 pCt.
„ „ „ schwereren „ „ 2,65 „
Das Puerperium verlief also normal in 93,02 pCt.
Die gesamte Sterblichkeit der Wöchnerinnen betrug 0,75 pCt.
davon erfolgte der Tod infolge von Infektion in 0,33 „
von diesen sind in der Anstalt verschuldet worden 0,17 „
recte 0,12 „
die Infektion erfolgte ausserhalb der Anstalt in 0,16 „
recte 0,21 „
infolge anderer Todesursachen starben 0,42 „

Erwägen wir die erzielten Erfolge, so müssen wir sie für befriedigend erklären, besonders mit Rücksicht darauf, dass die Schwangeren, sowie die Gebärenden beständig zu Uebungen in der inneren Untersuchung benutzt werden.

Die Erfolge sind auch deswegen beachtenswert, weil sie durch die beinahe ausschliessliche Anwendung der antiseptischen Untersuchungsmethode und Führung der Geburten gewonnen wurden. Wir sind daher berechtigt an die Zweckmässigkeit der auf unserer Klinik gebräuchlichen Methode zu glauben, und dies umsomehr, als während der ganzen Zeit von der Anwendung der Antiseptica bis auf geringfügige Ausnahmen, keine das Leben der Frauen irgendwie schädigende Folgen beobachtet wurden.

IV. Beiträge und Bemerkungen zur intrauterinen Therapie

(Eine neue Methode zur Behandlung der Cervicalstenose)

Von

Dr. G. ZEPLER

Berlin.

(Schluss.)

Die Dilatation ist zur Behandlung der Endometritis schon von verschiedenen Autoren angewandt worden, teils als selbständiges Mittel für sich, teils nur als Hilfsmittel anderer Methoden. Sie wird auf verschiedenem Wege erzielt, so durch die bekannte Methode

der Uterustamponade mittelst Jodoformgaze, wobei die letztere zugleich drainierend wirken soll. Die in Deutschland meines Wissens zuerst von L. Landau geübte Methode fusst auf dem Verfahren von Vulliet. Abel erachtet die alleinige Erweiterung und Drainage der Uterushöhle mit Jodoformgaze schon als ausreichend für die Heilung der Endometritis und glaubt auf nachträgliche Ausspülungen und sonstige medikamentöse Behandlung dabei verzichten zu können.

Fritsch hält die Gazetamponade des Uterus nicht für ein genügendes Erweiterungsmittel, lobt aber dieselbe sowohl wegen ihrer drainierenden, desinfizierenden und blutstillenden Wirkung, wie auch hauptsächlich als Mittel, den schon erweiterten Uterus behufs geeigneter anderweitiger intrauteriner Behandlung mit oder ohne voraufgegangenes Curettement offen zu halten.

Fehling hält die Quellmittel und unter diesen die Laminaria für am wirksamsten zur raschen Erweiterung der Cervix und verwirft bei einfacher chronischer Endometritis ebenfalls die Erweiterung mittelst Gaze, da in der Länge der erforderlichen Zeit eine grosse Gefahr liege. Zum Beweise, dass die Tamponade auch sonst nicht ungefährlich ist, möchte ich anführen, dass Olshausen über drei bis vier Fälle mit folgender schwerer Sepsis, selbst mit tödtlichem Ausgang, berichtet. Das ist sehr verständlich, wenn man sich vergegenwärtigt, welchen Angriffen unter Umständen die Schleimhaut bei der Tamponade ausgesetzt ist.

Ueberdies ist die angeblich drainierende Wirkung der Gaze doch ausserordentlich fraglich. Schon Sänger[1]) hat darauf aufmerksam gemacht, dass die in den Uterus eingestopfte Gaze vielmehr einem Filter gleichkommt, das die Flüssigkeit hindurchlässt, consistentere Bestandteile aber hinter sich zurückhält. Von der Richtigkeit dieses Urteils kann man sich selbst leicht überzeugen und bei der Entfernung der Gaze aus dem Uterus finden, dass der nach aussen zu liegende Teil des Streifens nur feucht ist, dem hintersten Teil aber eingedickter Eiter, und zwar der Hauptsache nach oberflächlich, anhaftet. Nur sehr dünner Eiter möchte wohl die Fähigkeit haben, durch weitmaschige oder nicht fest gestopfte Gaze hindurchzudringen. Deshalb wäre das mindeste Erfordernis zur Erreichung der Drainage durch Gaze, dass dieselbe nur locker eingeführt werde, während sie nur für die Erweiterung (oder die Offenhaltung) fest zu stopfen wäre, dann aber mit dem Verzicht auf Drainage. Auf letzteren Umstand sind vielleicht die septischen Erkrankungen im Anschluss an Gazetamponade zurückzuführen. Demnach möchte es sich vielleicht empfehlen, in Zukunft auf die Gazetamponade besser zu verzichten und die Erweiterung mit Laminaria, die Offenhaltung mit Glasdrains zu bewerkstelligen. Die Gazetamponade bliebe dann hauptsächlich der Blutstillung vorbehalten.

Nach Fehling ist die Dilatation (mit Stiften) angezeigt, um eine enge Cervix zur Einführung von Aetzsonden, Curetten u. s. w.

[1]) Zur Technik der uterinen Aetzung, Centralbl. f. Gyn. 1894, Nr. 25.

auf 8—10 mm zu eröffnen[1]). Das eigentliche Vulliet'sche[2]) Verfahren zur permanenten Dilatation mit an Zahl und Grösse von Tag zu Tag vermehrten Wattekügelchen ist äusserst umständlich und leistet in 8—10 Tagen nicht mehr, als man etwa durch die anfängliche Erweiterung mit Laminaria und darauf folgender Ausstopfung des Uterus mit Jodoformgaze oder Wattetampons schon in 2—4 Tagen sicher erreicht; aber es zeigt, dass die Dilatation nicht nur ohne Schaden in umfangreicher Weise angewandt, sondern auch lange Zeit, sogar Wochen und Monate, vertragen werden kann, und dass Frauen, wenigstens bei der sich langsamer vollziehenden und darum vielleicht schonenderen Methode Vulliet's, auch ihren häuslichen Beschäftigungen nachzugehen in der Lage waren. — R. v. Braun[3]) in Wien erzielt Dilatation, womit er ebenfalls Cervicalstenose und Endometritis behandelt, durch Drainröhren, die über einer Sonde ausgezogen, eingeführt werden. Die Drainröhre diene zugleich zur Drainage und zur Applikation von Spülkatheter und Braun'scher Spritze. Diese Methode erscheint mir unnötiger Weise kompliziert und auch sonst unzweckmässig; sie dürfte nicht einmal eine leidliche Drainage gewährleisten, da das Gummidrain kein starres Rohr ist und doch wohl im Uterusinneren zusammengedrückt wird. Von allen genannten und auch sonst in Betracht kommenden Methoden scheint die Applikation von Laminariastiften am einfachsten und schonendsten. Wenigstens gilt letzteres in Bezug auf die Manipulation selbst. Die nach der Einführung gewöhnlich auftretenden, mitunter aber auch gänzlich ausbleibenden, mehr oder minder starken Schmerzen werden lieber ertragen als ein bei einem gewaltsamen Verfahren, wie es die Gazetamponade bei gewöhnlicher Endometritis häufig darbietet, verursachter Schmerz oder Unbehagen. Heftigere Schmerzen können auch durch etwas Opium oder Kataplasmen wesentlich gelindert werden. Die Methode ist bei Anwendung eines sicher aseptischen und antiseptischen Sublimatstifts gefahrlos und zuverlässig. Es empfiehlt sich, die Dilatation ausgiebig zu machen und eventuell an zwei auf einander folgenden Tagen Stifte von wachsender Stärke einzuführen, ehe man sich begnügt, an den folgenden Tagen behufs Offenhaltung oder zu anderen Zwecken die Stifte durch Jodoformgaze zu ersetzen.

Ferner möchte ich empfehlen, bei Anwendung dieser auf wirklich chirurgischen Prinzipien beruhenden Behandlung der Endometritis die völlige Offenhaltung des Kanals so lange durchzusetzen, bis jegliche Eiterung oder Sekretion beseitigt ist. Dazu wird es nötig sein, im Verlaufe der Behandlung von Zeit zu Zeit wieder einmal einen Stift einzulegen, da auch bei regelmässiger Tamponade der Kanal oft grosse Neigung hat, wieder enger zu werden, so dass dann auch die Tamponade erschwert wird.

Was die Contraindication für Anwendung meines Verfahrens der Isthmokaustik anbelangt, so bin ich der Meinung, dass die

[1]) Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr. 26.

[2]) De la dilatation permanente de l'utérus; par le Dr. Vulliet de Genève (Bull. de l'acad. de Méd. 2 Sér. XVI, 41. 1886).

[3]) Centralbl. f. Gyn. 1895, Nr. 3.

Komplikation mit akuten Entzündungen, in erster Reihe des Endometriums selbst, besonders der gonorrhoischen, bei Anwendung von Laminaria noch viel mehr gefürchtet werden muss, als bei jeder anderen intra-uterinen Therapie. Aber auch bei Gegenwart chronisch-eitriger Endometritis möchte ich raten, zunächst nach entsprechender Erweiterung des Cavum den Fluor zu beseitigen, sei es durch Spülung, Aetzung, Gazetamponade, Jodoformstifte u. s. w., und erst dann, eventuell nach erneuter genügender Erweiterung, die Cauterisation vorzunehmen, damit nicht nach Abstossung des Schorfes die Wunde durch den Fluor infiziert und Metritis, Parametritis etc. hervorgerufen werde. Ferner ist das Verfahren zu meiden bei Exsudationen und Eitersäcken im Becken. Bei einfachen entzündlichen Reizzuständen geringer Akuität dagegen, wie sie gerade häufig als Folge von nichtinfektiöser chronischer Endometritis oder Stenose, sowie durch Anomalieen der Befestigung oder der Lage des Sexualtractus bedingt sind, Verdickung der Ligamenta lata, ödematöse Schwellung oder Hypertrophie der Ovarien etc., ferner als Teilerscheinung einer Abdominalplethora oder durch häufig fortgesetzte Reize, scheint mir eine übergrosse Besorgnis unbegründet zu sein. Ich suche zwar, wo es angängig ist, solche Komplikationen vor dem eigentlichen Eingriff zu beseitigen oder zu mildern, sei es durch Ichthyol-Behandlung, ruhige Lagerung mit womöglich erhöhtem Becken und Hydrotherapie, sei es durch Verbesserung der Lage des Organs und Einlegen eines Pessars, bezw. letzteres für sich bei Schlaffheit der Bänder, sei es durch Abführmittel und passende Diät u. s. w. Doch habe ich gefunden, dass auch bei Bestehen solcher Komplikationen aus der Behandlung schlimme Folgen nicht erwachsen. Ja, dieselbe kann, wie ich glaube, um so dreister unternommen werden, wenn die leichten Komplikationen als Folgen der Stenose bez. Endometritis aufzufassen sind, so dass durch die Behandlung einer Indicatio causalis auch für diese Komplikationen Genüge geleistet wird. Dass bei vorsichtiger Handhabung, wozu natürlich in erster Reihe die strengste Beobachtung der Asepsis, bez. Antisepsis gehört, auch bei Bestehen solcher chronischer Zustände auf die intrauterine Behandlung nicht ganz verzichtet werden muss, das hat auch Mackenrodt gezeigt[1]), der jedoch als Forderung hier aufstellte, den Uterus nicht zu dislocieren. Ich glaube aber, dass bei gewissen Fällen selbst die Dislokation, wenn mit aller Schonung ausführbar, nicht zu fürchten ist. Ja, ich habe meine Methode nebst Curettement bei einem Falle angewandt, wo eine leichte chronische Oophoritis durch die vorausgeschickte Behandlung noch nicht ganz gehoben war und wo der anfänglich mit der linken Beckenwand fest verlöthete Uterus immer wieder durch einige straffe Stränge in die falsche Lage gezogen wurde. Hier habe ich in der Narkose gelegentlich des Eingriffes diese Stränge gleichzeitig stark gedehnt und damit endgültig die richtige Lage hergestellt.

Betreffs des Dauerfolges meiner Methode gegen die Cervikal-

[1]) Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge, neue Folge. 45. 1892.

stenose bleibt Weiteres natürlich abzuwarten. Auch die bisher erreichten Resultate können über den Wert der Methode noch nichts entscheiden, vielmehr bedarf es dazu einer viel grösseren Reihe von Versuchen. Wollte man aber den bisher erzielten Nutzen vorwiegend dem gleichzeitig vorgenommenen Curettement oder den anderen Eingriffen zuschreiben, so muss doch hervorgehoben werden, dass selbst bei der Richtigkeit dieser Annahme die Isthmokaustik immerhin insofern als wichtiges Hilfsmittel mit in Betracht zu ziehen wäre, als durch die damit geschaffene Verbesserung der Raum-, somit der Abflussverhältnisse mit Verhütung abermaliger Blut- und Sekretstauung einem dadurch bedingten Recidiv vorgebeugt würde. In allen einschlägigen Fällen käme deshalb gegen Dysmenorrhoe infolge von Stenose und Schleimhauthypertrophie in Verbindung mit dem Curettement die Isthmokaustik in Betracht.

Bleiben Recidive aber auch nach längerer Zeit gänzlich aus, oder ist das Verfahren auch dort von gutem Erfolg begleitet, wo das Curettement und andere Eingriffe daneben nicht vonnöten sind, dann wäre der Beweis der direkten günstigen Einwirkung der Isthmokaustik erbracht.

Was die Ausführung anbelangt, so glaube ich gerade in der grösseren Leichtigkeit und geringeren Gefährlichkeit einen Vorzug gegenüber der Discision erblicken zu dürfen, bei welcher man in beschränkten Raumverhältnissen sich lediglich auf das Gefühl verlassen, mit manchen Instrumenten auch ohne alle Berechnung operieren muss. Dass wie bei anderen Methoden auch bei der Isthmokaustik ausser dem Hauptverfahren noch einige Sitzungen zur Vorbereitung und Nachbehandlung notwendig sind, ist freilich ein Uebelstand, jedoch nicht von sehr schwerwiegender Art, zumal im Hinblick auf die oft recht erheblichen, das körperliche und seelische Wohlbefinden stark beeinträchtigenden Beschwerden, die zu bekämpfen sind. Gilt es doch auch, schweren chronischen Folgezuständen am Uterus und seinen Adnexen vorzubeugen.

Als wichtiges Hilfsmittel bei der lokalen Behandlung der Endometritis sollte das Ergotin niemals ausser Acht gelassen werden. Besonders während der Nachbehandlung nach Aetzungen und Curettement empfiehlt es sich, dasselbe in kleinen Dosen eine Zeit lang zu verabreichen, wo irgend die Beschaffenheit der Uterusmuskulatur durch Verdickung oder Schlaffheit dazu auffordert. Da die Uterusschleimhaut von der Uterusmuskulatur nicht abgegrenzt ist, sondern unmittelbar und kontinuierlich in dieselbe übergeht und die Gefässe beider Schichten sich dementsprechend verhalten, so leuchtet es ein, dass es für die neu sich anbildende Schleimhaut nicht ohne Belang ist, wenn sie vor allzu grosser Blut- und Säftezufuhr, bez. Stauung durch eine künstlich angeregte kräftige Kontraktion des succulenten oder infiltrierten Uterus bewahrt wird. Dieselben Wechselbeziehungen des Muskels und der Schleimhaut des Uterus bestehen ja auch für die Erkrankungen.

Während der Dilatation bisher nur in Bezug auf ihre Anwendung bei Stenose und Endometritis Erwähnung geschehen ist, von ihrem

diagnostischen und hilfstherapeutischen Wert bei andern uterinen und intrauterinen Erkrankungen aber abgesehen wurde, soll nun noch eines andern Zweckes ihrer Anwendung gedacht werden, die, obgleich nicht mehr ganz neu, doch nur vereinzelt unternommen worden ist, nämlich bei Tubencysten.

Wenn das Verfahren, das von dem Belgier Walton zuerst versucht, dann von Doléris in Paris und von Gottschalk mit einigen Modifikationen übernommen wurde, eine ausgedehntere Anwendung bisher nicht gefunden hat, so liegt das wohl an der Gefährlichkeit desselben, wie auch an der Schwierigkeit, mittels sehr exakter Diagnosen genauere Indikationen aufzustellen. Denn man wird hier zu berücksichtigen haben, wie frisch oder wie alt die Affektion ist, wenn nicht etwa auch die bakteriologische Form derselben und den voraussichtlichen Grad der Virilität, ferner ob es sich um starke, noch con- oder retraktionsfähige oder aber um muskelarme, dünne, brüchige Wandungen handelt, ob Verwachsungen und andere Komplikationen, besonders der Ovarien, vorhanden sind und ob man es mit einer einkammerigen cystenartigen Auftreibung einer normal entwickelten Tube, zu thun hat, oder mit der mehrkammerigen einer in der Entwicklung zurückgebliebenen, stark geschlängelten Tube (W. A. Freund [1]). Schliesslich dürfte auch die Consistenz des Eiters von Belang sein. Zur Entscheidung dieser Fragen bedarf es noch weiterer klinischer Erfahrungen im Vergleiche mit den anatomischen Befunden und dann einer vorzüglichen Schulung in der Palpation dieser und ähnlicher Tumoren. Selbst nicht einmal in Bezug auf die Frage, welche Art von Pyosalpinx sich für die Behandlung mittels Uterus-Dilatation und Drainage im Allgemeinen eignet, ist etwas Bestimmtes bis jetzt anzugeben. Gottschalk [2]) berichtet über 2 von ihm mit Erfolg behandelte Fälle von frischer (gonorrhoischer) Pyosalpinx und hält die von ihm angewandte Methode mit Erfolg für anwendbar überhaupt nur für frische Fälle von Pyosalpiux, bei denen die bis dahin gesunde, normal entwickelte Tube zu einem einfachen Eitersacke ausgedehnt wurde und noch keine entzündlichen Verwachsungen mit der Umgegend bestehen, welche den Eileiterkanal abschnüren. Demgegenüber ist doch zu bedenken, dass bei frischen Fällen eine Ausbreitung der Entzündung sowohl nach dem Uterus hin als auch durch die Tubenwandungen hindurch auf das Peritoneum stattfinden kann.

Ueber weitere gute Resultate, die mit dem Verfahren erzielt wurden, berichtet Zabolotsky [3]) aus der Klinik von Prof. Slawiansky in Petersburg. Von 26 Frauen mit „Retentionscysten" sind 17 als vollständig geheilt entlassen worden, drei andere Fälle recidivierten und wurden nach nochmaliger Anwendung der Methode gesund (in 4 Fällen wurde Temperaturerhöhung beobachtet). Neuerdings

---

[1]) s. Gottschalk, „Zur Behandlung der Pyosalpinx", Deutsche Medizinal-Zeitung 1889.

[2]) in der genannten Schrift.

[3]) Die Behandlung der Retentionscysten der Tuben durch Erweiterung des Uterus, Inaugural-Diss. Petersburg 1892 (s. Schmidt's Jahrbücher Bd. 237 S. 40).

wurde das Verfahren wieder erwähnt von Doléris und Porak [1]) in Paris und von Murray [2]) in New-York. Porak wandte es mit gutem Erfolge an bei Tubenabscessen kurze Zeit nach der Entbindung, wenn das akute Stadium vorüber war. Welcher Art die behandelten Säcke im Uebrigen gewesen sind, bzw. bei welchen sich die Behandlung am besten bewährt hat, geht aus den Berichten nicht hervor.

Mit Gottschalk bin ich der Meinung, dass frische Fälle immer die meiste Aussicht auf einen Erfolg der Behandlung haben dürften; doch ist die Gefahr neuer Entzündungen nie ausser Acht zu lassen, ebenso wie andrerseits die Möglichkeit, dass solche Fälle oft noch ohne eingreifende Therapie zur Heilung kommen. Hier wird man also für gewöhnlich sich zunächst abwartend zu verhalten haben: auch etwas ältere, chronischere Fälle dürften noch eine Rückbildung der Tubenwandungen gestatten; leichte, die Wandungen nicht einschnürende Verwachsungen können später durch Massage beseitigt werden oder lösen sich bei der Retraktion der Wandungen vielleicht noch von selbst. Dann wird man besonders hier stets die gesamten Verhältnisse einer Kranken zu berücksichtigen haben, ihre allgemeine Körperkonstitution, den Kräftezustand, die soziale Lage, besonders die Möglichkeit, sich zu schonen und passende Pflege, wie Badekuren, deren vorzügliche Wirkung in manchen Fällen nicht zu bezweifeln und objektiv nachweisbar ist, sich angedeihen zu lassen. Für veraltete Formen dürften die Chancen dieser Behandlung gering sein.

Hier handelt es sich oft um hochgradig degenerirte Tubenwände, die nicht mehr rückbildungsfähig sind, um umfangreiche, nicht lösliche, die Beschwerden hauptsächlich verursachende Verwachsungen, die sogar den Abfluss des Eiters verhindern könnten. Die Entleerung des Eiters wäre hier gewiss nicht die Hauptsache und böte höchstens vorübergehende Erleichterung; die Entleerung wäre auch keine vollständige, es blieben in Winkeln und Buchten stets Reste zurück. Die drohende Ruptur könnte durch den Eingriff vielleicht direkt veranlasst werden.

Wenn man sich diese gesamten in Betracht kommenden Verhältnisse gegenüber der in Frage stehenden Behandlungsweise der Pyosalpinx vergegenwärtigt: die Gefahr neuer Entzündungen oder gar einer Ruptur, die Schwierigkeit präciserer Diagnosen und der Auswahl geeigneter Fälle, die geringen Chancen bei alten, die Möglichkeit spontaner Rückbildung bei frischen Fällen, dann wird es klar, warum bisher so wenige Gynäkologen das Verfahren, welches gegenüber dem blossen Zuwarten wie der radikalen Behandlung durch Exstirpation zunächst etwas Verlockendes hat, versucht haben und warum die wenigen mit weiteren Publikationen so gut wie nicht hervorgetreten sind.

Die Erweiterung des Uterus ist hier ebenfalls auf verschiedenem Wege erzielt worden, durch Hegar'sche Dilatatoren, durch verschiedene Quellmittel und durch Gaze. Ich würde auch hier den Laminariastiften den Vorzug geben und speciell gegen die Gazetamponade

[1]) S. Centralblatt für Gynäk. 1895 No. 20.
[2]) do. 1896 No. 12.

anführen, dass die Zahl der dabei notwendigen Sitzungen grade in Rücksicht auf die Tubenaffektion, (die ja ohnehin bei jedem intrauterinen Eingriff ganz besondere Vorsicht erheischt, der Regel nach für solche Eingriffe überhaupt eine Kontraindikation abgiebt und sie nur zulässt mit dem Bewusstsein besonderer Gefahr, Verantwortlichkeit und Vorsicht), zu gross ist und dass die Tamponade oft nicht schonend genug ausgeführt werden kann; jedesfalls sind grössere Ausweichungen des Organs wohl kaum zu vermeiden. In dieser Hinsicht sind die Stifte sicher vorzuziehen. Eine durch letztere erzielte zu rasche Erweiterung des Uterus, die wohl eine stärkere Irritation zur Folge haben kann, liesse sich vermeiden, indem man nicht zu starke Stifte anwendete, sondern immer etwas geringere Stärken als diejenige ist, die der Kanal eben noch passieren lässt. Man wird dann die Zahl der im Vergleich zur Tamponade an sich schonenderen Sitzungen um 1 bis 2 vermehren müssen: immerhin werden nur 3 bis 4 Sitzungen bis zur vollständigen Dilatation nötig sein. Die Anwendung der Hegar'schen Stifte scheint mir für vorliegenden Zweck aus gewissen Bedenken heraus überhaupt verwerflich.

Was die Frage über die Zweckmässigkeit des mit der Dilatation zu verbindenden Curettements anbelangt, so möchte ich dasselbe durchaus befürworten, einmal, weil durch die gewucherte oder geschwollene Uterusschleimhaut die Tubenöffnungen leicht verlegt sein können, dann aber auch, weil in der entzündeten Uterusschleimhaut ein Faktor zu sehen ist, der durch direkte Fortleitung ein Recidiv der Tubenentzündung herbeiführen könnte.

Eine Vervollkommnung des gesamten Verfahrens sowie weitere Fortschritte liessen sich nicht schwer erreichen, wenn nur die Sache erst wirklich spruchreif wäre. Dann könnte es möglich sein, die Tuben sogar zu sondiren, was hie und da gelegentlich ohne Absicht geschehen ist. Ein, wie oben angegeben, handschuhfingerförmiges leicht nach vorn gebogenes Speculum mit je einer kleinen seitlichen Oeffnung, entsprechend der Gegend der beiden Tuben, würde die Sondierung und Kathetrisierung, wie bei der Tuba Eustachii des Gehörapparates, sowie die Erweiterung der uterinen Tubenenden, bezw. die Aspiration vom Tubeninhalt und die Einspritzung ganz geringer Mengen von milden Adstringentien oder Desinficientien gestatten; es bedürfte dazu einer sehr feinen, langen, biegsamen, am oberen Ende abgestumpften Canüle aus sicher sterilisierbarem Material. Die Inspektion mittels eines an der Mündung der Tubenröhre beweglich angebrachten, entsprechend schräg zu stellenden Spiegelchens für von aussen hineingeworfenes Licht, sowie die direkte Beleuchtung nach Nitze wäre ebenfalls ausführbar, aber für die Tuben wohl entbehrlich.

(Aus Dr. Koetschau's Privatklinik.)

Va. Parotitis nach Myomenucleation und Exstirpation doppelseitiger Hamatosalpinx

Von

J. KOETSCHAU

in Köln (Rhein).

In der Litteratur findet sich eine Reihe von Veröffentlichungen über Parotitis nach Ovariotomie; Berichte über Ohrspeicheldrüsenentzündung nach sonstigen Bauchschnitten fehlen bisher. Ich möchte folgenden Fall (Krankengeschichte vom 10. XI. 94) mitteilen:

Frau Mathilde G. aus Köln, fast 40 Jahre alt, sehr grosse, kräftige Dunkelblondine, ohne erbliche Belastung, O-para, seit 1884 verheiratet, ausser einigen Kinderkrankheiten und Cystitis (1883) nie ernstlich krank gewesen, seit dem 15. Lebensjahre alle 3 Wochen 5tägig, stark und ohne erhebliche Schmerzen menstruiert, klagt jetzt seit längerer Zeit über profuse Blutungen und sehr heftige, fast unerträgliche, bis in den rechten Oberschenkel ausstrahlende Schmerzen im Unterleib, ferner über einen dünnflüssigen bräunlichen, blutig-schleimigen Ausfluss in der intermenstruellen Zeit. Die Untersuchung ergiebt eine mässig weite, sehr lange Scheide, voluminöse Vaginalportion, Os uteri externum fast verschlossen. Der Uterus ist faustgross; an der hinteren Funduswand geht ein ungefähr kindskopfgrosser, harter, verschieblicher Tumor (Myoma subserosum) in längsovaler Form in die hintere Corpuswand über. Adnexa nicht palpabel. Am 12. November 1894 wird nach der üblichen Vorbereitungskur die Operation (Bauchschnitt) ausgeführt; zunächst werden die doppelseitigen kleinfaustgrossen Haematosalpinxsäcke nach Lösung der breiten und starken (teilweise mit dem Darm) Adhäsionen in der ganzen Länge und Dicke der Säcke unter mässigen Blutungen in toto, erst links, dann rechts exstirpiert, hierauf das Myom der hinteren Uteruswand enucleiert. Verschluss des Uterus wie beim Kaiserschnitt mittels tiefer muskulärer Seidenknopfnähte, darüber fortlaufende seroseröse Catgutnaht. Verschluss der Bauchhöhle, wie immer, etagenweise. Ausser ungewöhnlich starkem Durstgefühl, herpesartigem, nicht juckendem Ausschlag über den ganzen Körper vom 2. bis 4. Tage vorerst ganz normaler Verlauf. Am 7. Tage post operationem steigt gegen Abend die Temperatur auf 38,2 unter geringer Anschwellung der linken Parotis und Submaxillardrüsen. Unter allmählicher Steigerung des Fiebers bis 40,4 sehr starke Schwellung und Fluctuation der linken Parotis, der Submaxillar- und Sublingualdrüsen, sowie beginnender Schwellung der rechten Parotis am 9. Tage Nachmittags heftige dyspnoische Anfälle. Tiefe, ausgiebigste Eröffnung des linksseitigen Abscesses, am anderen Morgen Exstirpation der linken ganz vereiterten Parotis; am 11. Tage nach der Operation Incision der inzwischen stark geschwollenen rechten Ohrspeicheldrüse. Der Eiter enthielt Staphylococcus pyogenes aureus. Nach den Incisionen Abfall des Fiebers und rasche Heilung der Wunden (Bestreuung der Granulationen, wie seit vielen Jahren mit Antipyrin in Substanz; Dermatol). Die Bauchwunde heilte per primam. Entlassung der Patientin am 33. Tage post operationem.

Die Hypothesen über die Aetiologie der Parotitis nach Ovariotomieen sind an der Hand der einschläglichen Beobachtungen hauptsächlich von Bumm (Münchner med. Wochenschrift, 1887. Nr. 10) und Rüttermann (Dissert. inaug. Berlin 1893; 2 Fälle aus der A. Martin'schen Klinik) eingehender besprochen und von Letzterem die Fälle von Parotitis nach Cervixamputationen, nach Operationen von Cervixrissen, am Nabel, von Haemorrhoiden, nach 2 Herniotomieen (allerdings kompliziert mit Sepsis und Peritonitis), nach

Hodenquetschung, nach Strumaoperation, in einem Falle nach einer perforierenden Abdominalwunde aus der Litteratur angeführt, welche die Möricke'sche Behauptung (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. V pag. 348; Fälle aus Schröder's Klinik), dass Parotitis nur nach Ovariotomie, nie nach einer anderen gynäkologischen Operation vorkomme, genügend in absurdum führen. Der vorliegende Fall, in welchem die sehr atrophischen und sclerotischen Ovarien, deren Exstirpation infolge der festen Verwachsungen die ohnehin sehr schwierige Operation unnütz und grundlos kompliziert hätten, nicht weiter berührt worden waren, ist ein weiterer schlagender Beweis gegen diese Ansicht. Nach v. Preuschen (Deutschmed. Wochenschrift 1885 Nr. 51) wird die Erkrankung der Parotis durch Mikroorganismen, welche durch den Speichelgang nach oben wandern, hervorgerufen, die Speichelsekretion und der Speichelabfluss nach der Ovariotomie unterbrochen. Die Funktionsstörung soll jedoch nicht vom Ovarium her, sondern durch die Eröffnung der Bauchhöhle zu Stande kommen. Er führt seine Annahme auf die Paulow'schen Tierexperimente zurück, nach welcher dieser Eingriff und das Hervorziehen einer Darmschlinge in der Mehrzahl der Fälle von Verminderung oder Sistierung der Speichelabsonderung und vollständiger Hemmung der Lingualiswirkung auf den Speichel gefolgt sind, Erscheinungen, welche nach Schluss der Bauchhöhle entweder wieder aufhören oder mit derselben Intensität fortbestehen. Bumm hält diese Erklärung von der Unterbrechung der Drüsensekretion für bedenklich, weil, wenn der sekretionshemmende Reflex wirklich vom Peritoneum bezw. vom Darm ausginge, auch nach Bauchoperationen, bei denen sehr oft das Bauchfell eröffnet und Darmschlingen vorgezogen werden, Parotitis ab und zu vorkommen müsse. Er lässt die von v. Preuschen vertretene Anschauung zwar für jene Fälle von Speicheldrüsenentzündung, welche in Vereiterung übergehen und für die pyogene Mikroorganismen als Ursache nachgewiesen sind, gelten, keinesfalls aber für die wenn auch seltener, so doch ebenfalls nach Ovariotomie beobachteten Erkrankungsformen, wo die Drüse nach kurzer Schwellung alsbald wieder zum normalen Verhalten zurückkehrt. Er hält daran fest, dass zwischen den Geschlechtsdrüsen (und wahrscheinlich auch den anderen inneren Genitalien des Weibes) und der Ohrspeicheldrüse Nervenbahnen bestehen, welche eine gegenseitige Uebertragung von Reizen gestatten. Während einfache Entzündungen der Parotis sich nach kurzem Bestehen spontan zurückbilden, wird dadurch, dass die einfache Entzündung aber zugleich die Speichelabsonderung beeinflusst, teilweise oder gänzlich aufhebt, die Einwanderung in der Mundhöhle vorhandener pyogener Bakterien, welche den Ausgang der Entzündung in Vereiterung herbeiführen, begünstigt. Nach Rüttermann (Martin), welcher beide Erklärungen nicht ganz gelten lässt, ist bei jeder Parotitis, die nach Ovariotomie zur Beobachtung kommt, stets eine Infektion vorhanden, indem der Entzündungserreger aus dem Munde in die Drüse einwandern, oder durch die Blutbahn der Drüse zugeführt werden kann. Als begünstigend für die Entzündung der Parotis von der Mundhöhle aus werden die

häufig mangelhafte Mundpflege, der Mangel an Nahrung (öfters auch flüssiger) in den ersten Tagen nach der Operation, wodurch die Mundflüssigkeit in einen Zustand der Ruhe versetzt wird, welcher der Entwickelung der Entzündungserreger nur zu Statten kommt, ferner die Chloroformnarkose angegeben. Rüttermann nimmt als wahrscheinlich an, dass es sich bei Vereiterung der Drüse um eine Infektion durch die Blutbahn, bei Resolution um eine Kokkeninvasion von der Mundhöhle aus handelt. Auch nach Pozzi (Lehrbuch der klinischen und operativen Gynäkologie) bedeutet die Parotitis immer einen gewissen Grad von Septicämie, während nach Olshausen (Die Krankheiten der Ovarien. 1886. S. 342) dieselbe unabhängig von septischen Prozessen als alleinige Affektion nach der Ovariotomie sich einstellen kann. Die vorliegende Beobachtung, durch welche die Erklärung v. Preuschen's wesentlich gestützt wird, schliesst eine Infektion durch die Blutbahn im Sinne Rüttermann's aus; seine Erklärung kann sicherlich nicht für viele Fälle zu Recht bestehen. Es kann vielmehr kaum einem Zweifel unterliegen, dass sowohl die Erklärung Bumm's, als v. Preuschen's beide den Thatsachen entsprechen. Letztere würde noch durch gelegentliches Auftreten von Parotitis nach den jetzt im Vordergrund des Interesses stehenden sogenannten vaginalen Cöliotomieen sehr bestätigt werden. Ohne nun an den empirisch festgestellten Zusammenhang zwischen Geschlechts- und Ohrspeicheldrüsen rütteln zu wollen, neige ich auf Grund meiner Beobachtung zu der Ansicht, dass hier durch die Hemmung der Speichelsekretion, wie wir sie mehr oder weniger (besonders in der voraseptischen, meist antiseptischen Zeit) wohl fast nach jeder Laparotomie beobachten, das Eindringen von pathogenen Mikroorganismen der Mundhöhle (hier Staphylococcus aureus) in den Ductus Stenonianus der Parotis wesentlich begünstigt wurde und zur Abscedierung der Ohrspeicheldrüsen führte.

Vb. Ueber eine von der Blase aus operierte nicht puerperale Vesico-Cervicalfistel

Von

J. KOETSCHAU

in Köln (Rhein).

Indem ich bezüglich der Geschichte und Casuistik der Blasencervicalfisteln auf meine diesbezügliche Arbeit vom Jahre 1884, sowie auf die Zusammenstellung Neugebauer's im Archiv für Gynäkologie 1889 u. A. verweise, möchte ich hier über einen im Oktober 1894 von mir operierten Fall derart näher berichten.

Es handelte sich um eine 51jährige, im Dezember 1892 von mir wegen Fibroma uteri durch Amputatio uteri supravaginalis operierte Frau Johanna B. aus Köln. Nach günstigem Verlauf dieses Eingriffes und Wohlbefinden der Patientin hatte ich dieselbe bis Ende Juli 1894 nicht wiedergesehen, wo sie wegen heftiger Beschwerden (Urindrang, Harnverhaltung wechselnd mit Incontinentia urinae) und Harnträufelns durch die Scheide seit einigen Tagen, sich wieder vorstellte. Diese Beschwerden sollen infolge einer vom Mai bis Juli 1894 wegen Nervosität auf Anraten eines Arztes durchgemachten sogenannten „Kneipp'schen Kur" in Verbindung mit täglichen eiskalten Sitzbädern allmählich entstanden sein. Ich stellte einen Abscess zwischen Blase und Cervixstumpf und eine dadurch herbeigeführte Vesicocervicalfistel fest. In der Litteratur fand ich nur einen einzigen Fall einer nicht puerperalen solchen Fistel, den von Simpson, wo ein Abscess zwischen Uterus und Blase zur Fistelbildung geführt hatte. Nachdem bei der Kranken die gleichzeitig bestehende alkalische Urinreaktion seit Wochen verschwunden war und der Urin normale Reaktionen ergab, wurde am 25. Oktober 1894 unter Narkose und nach den üblichen Vorbereitungskuren folgende Operation nach Baumm ausgeführt: Lagerung der Kranken nach der Trendelenburg'schen Angabe; 10 cm langer suprasymphysärer Schnitt, danach 5 cm langer querer Schnitt zur extraperitonealen Eröffnung der Blase. In die Wundwinkel dieser wird je 1 Sutur zur Verhütung des Weiterreissens des Schnittes gelegt. Die zehnpfennigstückgrosse, zwischen beiden Ureterenmündungen gelegene Fistelöffnung der Blase wurde ausgiebig trichterförmig angefrischt und durch Fil de Florence-Nähte vereinigt und in der Vagina verknotet, indem die Fäden an beiden Enden mit je einer Nadel versehen und diese von der Blase aus nach der Scheide durchgestossen wurden. Danach primärer Verschluss der Blase mittels doppelter Seidennahtreihe unter Vermeidung der Mucosa vesicae, Ausstopfung des prävesicalen Raumes durch Dermatolgaze, Verschluss des Bauchschnittes an beiden Wundwinkeln durch je eine Fil de Florence-Naht, Einlegen und Befestigung eines Jaques James Patent-Verweilkatheters, der durch eine Glasröhre mit einem in einen Trichter endenden Gummischlauche verbunden war, welcher in einer am Boden neben dem Bette befindlichen, mit 3 pCt. Borsäurelösung gefüllten Schüssel stand. Einlegen eines Dermatolgazetampon in die Scheide (Erneuerung jeden zweiten Tag). Die Gazestreifen in der Bauchwunde wurden am 3. Tage gewechselt, dabei die beiden Bauchnähte entfernt. Die Kranke — in Rückenlage mit erhöhtem Oberkörper — hatte wenig Schmerzen, keine Temperatursteigerungen. Der Urin floss durch den Katheter gut ab, die Blasenwunde war durchaus schlussfähig. Am 30. Oktober gegen Abend wurde die Urinentleerung mangelhaft; es wurde ein neuer Katheter eingelegt. Die Urinsekretion wurde jedoch trotz aller möglichen Mittel immer geringer und am 1. November früh $1^3/_4$ Uhr trat im Coma urämicum nach 24stündiger Anurie und 6stündiger völliger Bewusstlosigkeit der Tod ein. Ich möchte hier nebenbei bemerken, dass 3 Geschwister der Kranken (die Todesursachen der Eltern waren unbekannt) nierenkrank waren und zwei von ihnen an Nierenleiden starben. Die von der Kranken dringend gewünschte Sektion musste infolge heftigen Widerspruches des Mannes leider unterbleiben; die Blasenwunde war ebenso, wie die Nähte in der Scheide, in guter Heilung begriffen und vollkommen schlussfähig.

Die Operation musste von oben gemacht werden, weil von der Scheide aus infolge der hohen Lage der Fistel und der hart infiltrierten und starken narbigen Verwachsungen fast kraterförmigen Aushöhlung in der Nähe der Fistelränder, eine Freilegung dieser ganz ausgeschlossen war. Die Anfrischung und die Nahtanlegung in der Blase waren nicht besonders schwierig, die Knotung der Fäden in der Scheide jedoch äusserst umständlich. Ich wählte diese letztere Methode nicht nur wegen allenfallsiger späterer Steinbildung wegen Zurücklassen von Fremdkörpern, sondern ich wollte besonders in Anbetracht der früher bestandenen Zersetzungsvorgänge des Urins möglichst sicher gehen. Die Blasennaht zog ich infolge der damit erzielten günstigen Resultate bei Sectio alta und im

Interesse einfacherer Nachbehandlung vor. Die Blasendrainage schien mir durch den Verweilkatheter hinlänglich ersetzt zu sein. Die ideale Operation bleibt natürlich unzweifelhaft die von der Scheide aus, welche auch nie durch diejenige von der Blase aus ersetzt werden kann. Aber sie muss für die von unten unzugänglichen Fälle im Interesse der qualvoll Leidenden ihr Recht behaupten. Sie würde im vorliegenden Falle auch unzweifelhaft zur Heilung der Fistel geführt haben, wenn nicht die akut auftretende Nephritis — im Urin fanden sich starke Eiweissmengen und viele granulöse Cylinder — das Ende herbeigeführt hätte. Aus Furcht vor dieser, angesichts der schweren hereditären Belastung, war mit Ausführung der Operation lange gezögert worden; die Kranke verlangte aber schliesslich dringend danach und so wurde sie, nachdem Wochen lang der Urin normale Beschaffenheit gezeigt, ausgeführt. So schwierig sie auch ist, so möchte ich sie doch für die glücklicherweise selteneren Fälle dieser Art als rationell empfehlen.

VI. Bericht über weitere Erfahrungen mit einer „neuen Operation zur Heilung der Incontinentia urinae"

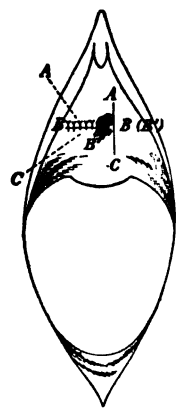
Von

Dr. FRANZ T. B. FEST,

(in Plane Road, Mg. Nord-Amerika.)

Mit 1 Abbildung.

Obschon ich unter angegebenem Titel bereits im vorigen Jahre an anderem Orte[1]) diese Operation beschrieb und über einen Fall berichtete, der dadurch völlig geheilt wurde, so halte ich es doch für angezeigt, zusammenzustellen, was seitdem hierzu veröffentlicht wurde.



Die Operation wird folgendermassen ausgeführt: Zu beiden Seiten des Meatus urinarius wird ein senkrechter, möglichst tiefer Einschnitt gemacht. Durch das obere und untere Ende der Wunde und unter dem Einschnitt hinweg, wird ein Faden gezogen, der die Wundwinkel zusammenbringt, und verknotet. Hierdurch wird die Wunde in die liegende Achterform — ∞ — verschoben. Weitere Nähte — je nach Bedarf — schliessen die Wunde vollständig. Durch dieses Verfahren wird die ursprünglich senkrechte Wunde ABC der Skizze in die wagerechte B (AC) B^1 verwandelt.

---

[1]) Franz T. B. Fest. — Eine neue Operation zur Heilung der Incontinentia urinae bei Frauen. Frauenarzt. X. Jahrg., 5. Heft, Seite 193. — 1895.

Diesem Nahtverfahren liegt die Absicht zu Grunde, zu beiden Seiten der Urethralöffnung die Wandungen zu verdicken, das Lumen des Meatus zu beschränken, und hierdurch dessen Widerstandsfähigkeit zu erhöhen. Es ist in der Folge ein bedeutend grösserer Kraftaufwand nötig, um den Urin zu entlehren: denn wie Blech[2]) die Erfahrung machte, konnte nach der Operation die Blase zuerst nur in einem dünnen Strahle entleert werden.

Mein Fall betraf eine 24 jährige Frau bei der behufs Entfernung eines Steines die Urethra bedeutend erweitert werden musste. Beim Husten, Niessen, bei heftigen Bewegungen, auch im Schlafe, ging der Harn unwillkürlich ab und konnte überhaupt nur in äusserst geringen Mengen gehalten werden. Das Uebel wurde durch die Operation vollständig gehoben.

Der Fall von Gustavus Blech in Detroit betraf ein 14 jähriges Mädchen aus gesunder Familie mit Enuresis. Allgemeinbehandlung, Massage, Elektrizität u. s. w. erwiesen sich als erfolglos. Die Patientin war sehr kräftig entwickelt für ihr Alter und seit den letzten sechs Monaten regelmässig menstruiert. Die Enuresis war für das Mädchen ein um so grösseres Uebel, da sie dienen musste und wegen ihres Leidens in keiner Stelle bleiben konnte. Die Inspektion der äusseren Genitalien ergab nichts Abnormes.

Nach der Operation konnte das Mädchen den Harn zwar nur in feinem Strahle entleeren, bald aber konnte ganz normal Wasser gelassen werden.

Professor D. Tod Gilliam[3]) in Columbus veröffentlichte zwei Fälle, in denen durch die gleiche Operation völlige Heilung erzielt wurde.

Gilliam erster Fall betraf die 21-jährige Tochter wohlhabender Eltern. Bei Vornahme der Operation zeigte sich eine Fortsetzung des Hymens mit der Urethra verwachsen. Durchtrennung desselben und Spaltung des Vestibulum zu beiden Seiten des Meatus. Vom Vollzug der Operation an hatte sie vollkommene Continenz.

Im zweiten Falle handelte es sich um Enuresis nocturna bei einer erwachsenen Dame; welche sich auch am Tage nicht niederlegen konnte, ohne dass ihr im Schlafe Harn abging. Auch hier erwies sich meine Operation als erfolgreich.

Gilliam weist noch auf den Reflexreiz hin, der möglicherweise durch Bänder und Verwachsungen in der Nachbarschaft der Urethra Enuresis verursachen oder verschlimmern könne. Die Abtragung solcher Gebilde ist demnach stets angezeigt.

Gilliam schliesst seinen Artikel mit den Worten; „Die Operation mag nicht auf alle Fälle passen, — wunderbar falls sie es thäte; — jedoch in deren Mehrzahl wird sie angezeigt sein und sich als Segen erweisen, in ähnlichem Verhältnis

---

[2]) Gustavus Blech. — A Case of Succesful Treatment of Enuresis nocturna by the „Fest"-Operation. Medical-Record (New-York). — Vol. XLVIII. No. 12, page 418. — 21. Sept. 1895. —

[3]) D. Tod Gilliam. — An Operation for the Cure of Incontinence of Urine in the Female. The American Journal of Obstetrics. Vol. XXXIII. No. 2, page 177. — Febr. 1896.

wie die Operation zur Heilung der vesico-vaginalen Fisteln!“ — Mag dieser Ausspruch auch dem Enthusiasmus des guten Erfolges entsprungen sein; jedenfalls verdient dieses einfache Verfahren den Vorzug vor den komplizierteren Methoden, die eine teilweise Ausschälung des Urethra, ihre Transplantation u. s. w. nötig machen. Das Prinzip ist das nämliche, die Technik bedeutend harmloser und einfacher. —

Berichte.

Ueber Asphyxia neonatorum und deren Behandlung.

Sammelbericht
(bis April 1896)

Von

Dr. LUDWIG KNAPP.
(Prag).

Litteratur-Uebersicht.

1. R. Olshausen, Ueber den ersten Schrei. Berlin. Klin. Wochenschrift 1894. No. 48.
2. Runge, Die Ursache der Lungenatmung des Neugeborenen. Arch. f. Gynaekol. Bd. XLVI p. 512 f.
3. Ahlfeld, Beiträge zur Lehre vom Uebergange der intra-uterinen Atmung zur extrauterinen. Marburg 1891.
4. Runge, Der erste Schrei und der erste Atemzug. Berlin. Klin. Wochenschrift 1895 No. 5.
5. Runge, Zur Frage nach der Ursache des ersten Atemzuges des Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. VI. 1881.
6. Heinricius, Zeitschr. f. Biologie Bd. XXVI N. F. VIII.
7. Engström, Skandinav. Arch. f. Physiol. Bd. II. 1891. S. 171.
8. Olshausen, Zur Frage des ersten Atemzuges. Berlin. Klin. Wochenschrift 1895. No. 6.
9. Zuntz und Strassmann, Ueber das Zustandekommen der Atmung beim Neugeborenen und die Mittel zur Wiederbelebung Asphyktischer. Berlin. Klin. Wochenschrift 1895. No. 17. Diskussion: ibid. 1895. No. 12. und Deutsch. med. Wochenschrift 1895. Vereinsbeilage No. 52.
10. Eckerlein, Zur Kenntnis des Atmungsmechanismus der Neugeborenen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XIX. p. 120.
11. Rennebaum, Die Atmungscurve des neugeborenen Kindes. Jena 1884.
12. Knoll, Ueber die Atmungsinnervation, Verhandl. d. Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden 1886 p. 210 f.
13. Knoll, Beiträge zur Lehre von der Atmungsinnervation. Sitzungsbericht d. k. k. Academie d. Wissenschaften zu Wien, 1887, III. Abt.
14. Grossmann, Das Respirationscentrum, insbesondere des Kehlkopfes. Sond.-Abdr. a, d. Litt.-Ber. d. k. k. Akademie d. Wissenschaften in Wien, Juli 1889.
15. Grossmann, Die Wurzelfasern der Larynxnerven. Wien. Klin. Wochenschrift 1889, 49, u. 1890 I.
16. Heinricius, Ueber die Bedeutung der Lungenvagi, die Zähigkeit des Herzens Neugeborener, über die Herzvagi bei Foeten und Neugeborenen. Zeitschr. f. Biolog. XXVI. 1889. p. 178 f.

17. Strassmann, Anatom. und physiolog. Untersuchungen über den Blutkreislauf Neugeborener. Arch. f. Gyn. 1894. Bd. XLV. p. 393.
18. Weber, Ueber physiologische Atembewegungen des Kindes im Uterus. Dissertation Marburg 1888.
19. Cohnstein und Zuntz, Ueber die Ursachen der Apnoë des Foetus und des ersten Atemzuges beim Neugeborenen. Pflügers Archiv. Bd. XLII. 1888. S. 355.
20. Preyer, Specielle Physiologie des Embryo. Leipzig 1885, S. 151 f.
21. Dohrn, Ueber den Mechanismus der Respiration des Neugeborenen. Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. Freiburg i. B. Juni 1889.
22. Heinricius, Ueber den Typus der Respiration der Neugeborenen. Finska läkaresälsk handl. XXXI. 3. S. 247 f.
23. Schultze, Atembewegung und Herzaction asphyktischer Früchte. Einfluss künstlicher Atmung auf die Cirkulation. Centralblatt f. Gynaekologie 1890. No. 6. p. 89.
24. Ungar, Ueber die Grösse des Luftwechsels in den ersten Lebenstagen. Deutsche med. Wochenschrift 1893. No. 46.
25. Kupffer, Das Verhalten der Druckschwankungen und des Atmungsquantums bei künstlicher Respiration nach den Methoden von Schultze, Silvester, Pacini und Bain. Küstner's Berichte und Arbeiten aus d. Univ.-Frauenklinik zu Dorpat. Wiesbaden 1894.
26. Lahs, Durch welche Methoden der künstlichen Atmung werden in die Lungen asphyktischer Neugeborener die grössten Luftmengen ein- und ausgeführt? Arch. f. Gynaekol. Bd. XXVI. p. 273 f.
27. Schauta, Experimentelle Studien über den Effekt der Schultze'schen Schwingungen zur Wiederbelebung asphyktischen Neugeborenen. Wien med. Blätter 1884. No. 29, 30.
28. Torggler, Experimentelle Studien über den Wert der verschiedenen Methoden künstlicher Atmung bei asphyktischen Neugeborenen. Wien. med Blätter 1885, 8, 9, 10.
29. Runge, Die sogen. Hülfsursachen des ersten Atemzuges und die intrauterine Atmung nach Ahlfeld. Eine Abwehr. Arch. f. Gynaekologie. Bd. L. 1896. p. 378 f.
30. Schaller, Zur Kasuistik des Vagitus uterinus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXI H. 2.
31. Brüll, In d. Wien. Klin. Wochenschrift 1895. No. 36.
32. Flatau, Vagitus uterinus, Centralblatt f. Gynaekologie 1896. No. 11.
33. Leopold, Arbeiten aus der kgl. Frauenklinik in Dresden Bd. I. p. 190.
34. Kehrer, Ein Versuch bei einem neugeborenen Kinde über den Sitz der Atemcentren. Zeitschr. f. Biol. XXVIII. N. F. X. 1892. p. 450.

Als im Jahre 1871 B. S. Schultze in seinem Sendschreiben an Professor C. Ludwig sein klassisches Verfahren der Behandlung des Scheintodes Neugeborener allgemein bekannt gegeben hatte, hätte man meinen können, es sei einerseits das Wesen der Asphyxie und Apnoe durch die ausgezeichneten Auseinandersetzungen des berühmten Gelehrten vollständig klargestellt, anderseits durch dessen Wiederbelebungsmethode, welche er bereits 5 Jahre vorher in der Jenaischen Zeitschrift für Medizin und Naturwissenschaften veröffentlicht und als „beste" bezeichnet hatte, auch betreffs der Behandlung des Scheintodes Neugeborener das gewünschte Ziel erreicht, so dass weder in der einen noch der anderen Richtung mehr etwas „besseres" zu erbringen wäre.

Gerade in der jüngsten Zeit haben sich aber verschiedene Ansichten bezüglich der Ursache des ersten Atemzuges geltend gemacht und zu heftigen Controversen Veranlassung gegeben; die Behandlung hat mehr minder neue Wege betreten; manche lang eingebürgerte Verfahren wurden „verbessert", altbewährte angegriffen — im grossen und ganzen beherrscht jedoch die neueren das unverkennbare, höchst löbliche Bestreben, mit der Vervollkommnung gleichzeitig eine Vereinfachung der Methoden zu verbinden.

Im Folgenden soll nun in Kürze, soweit mir die Litteratur der letzten Jahre zugänglich war, zunächst über die Physiologie, an zweiter Stelle über die Behandlung der Asphyxia neonatorum berichtet werden:

Ein Vortrag Olshausens (1) in der Hufeland'schen Gesellschaft „über den ersten Schrei" hat im verflossenen Jahre den Anstoss zu einer heftigen Diskussion, zunächst mit Runge (2) gegeben, welcher bereits früher den Standpunkt präzisiert hatte, den er auf Grund experimenteller Studien in der Frage der Physiologie der fötalen Atmung im Gegensatze zu Ahlfeld (3) einnimmt.

Gegen die von Olshausen in seinem Vortrage angegebenen Hilfsursachen des ersten Atemzuges (plötzlicher Nachlass der Thoraxcompression bei dem Austritte desselben aus der Scheide, venöse Hyperämie des Schädels) wendet sich Runge in seiner Erwiderung (4) nicht nur auf Grund seiner eigenen Arbeit über die Ursache des ersten Atemzuges des Neugeborenen (5), sondern auch gestützt auf die Aussprüche von Heinricius (6) und Engström (7); nicht die venöse Hyperämie des Schädels, sondern die Venosität des fötalen Blutes überhaupt zur Zeit des Austrittes der Frucht, wobei die Placenta vielleicht schon zum Teile gelöst oder zumindest ihre Haftfläche verkleinert wird, unterbricht die Apnoë und leitet die extrauterine Atmung ein.

Das Aufhören der Thoraxcompression von Seiten der weichen Geburtswege der Mutter bedeutet für Runge keine Hilfsursache des ersten Atemzuges, sondern nur einen begünstigenden Umstand — für den ersten Schrei!

Runge's Erwiderung veranlasste Olshausen (8) zu einer eben solchen, in der er ausdrücklich hervorhebt, das plötzliche Aufhören der Thoraxcompression — im Sinne einer künstlichen Respiration — als das Wesentliche für die Auslösung des erstem Atemzuges bezeichnet zu haben, eine Ansicht, welcher sich jedoch Zuntz und Strassmann (9) nicht anschliessen. Olshausen (10) vergleicht nun in der Diskussion zu dem eben genannten Vortrage (9) geradezu eine Wiederbelebungsmethode (Compression des Brustkorbes mittels des auf das Sternum gesetzten Daumens) mit dem natürlichen Vorgange, wie er während und nach der Geburt sich abspielt (erst Compression, dann plötzlich Nachlass derselben, Inspiration); unter der Geburt sind (in der grössten Mehrzahl der Fälle) die Lungen ebenso atelectatisch, wie die des tief asphyctisch geborenen Kindes; es ist also nach meiner Ansicht der Vergleich Olshausens von diesen Gesichtspunkten aus vollkommen einwandfrei und das Wiederbelebungsverfahren, welches — übrigens in vielfachen Varianten schon längst bekannt — von Olshausen neuerdings als sehr effektvoll bezeichnet wird, für die Praxis zu empfehlen. Nur die eine Thatsache, dass auch bei den leichtesten Graden von Asphyxie selten did einmalige Ausführung des Versuches der Compression und des darauffolgenden plötzlichen Freigebens des Thorax zur Einleitung des ersten Atemzuges führt — wie unter der Geburt, wo sich dieser Vorgang nur einmal abspielt — giebt zu Bedenken Veranlassung. Zuntz hebt auch in seinem Vortrage ausdrücklich hervor, dass das genannte Verfahren erst dann von Erfolg sei, wenn die Lunge bereits zum Teile

lufthaltig geworden ist, welche Thatsache er an der Hand von Experimenten manometrisch registriert und demonstriert.

Mit der Physiologie der Atmung des Neugeborenen beschäftigen sich mehrere, zum Teile sehr eingehende Arbeiten. Ausser den bereits genannten unter anderen eine von Eckerlein (10), in der Zeitschrift für Geb. und Gyn. im Jahre 1890 erschienene; es wird darin das Wissenswerteste vom physiologischen und anatomischen Standpunkte aus abgehandelt; mittels eines nach Dohrn's Angaben konstruierten Apparates sind genaue Aufzeichnungen über die Thoraxform, sowie deren Veränderungen an Neugeborenen wiedergegeben; mittels eines kleines Spirometers wird die Grösse des Luftwechsels zu bestimmen getrachtet und endlich sphygmographisch die Atembewegungskurve Neugeborener in mehreren Abbildungen verzeichnet und besprochen; wer sich für die daselbst behandelten Fragen interessiert, sei auf das Original verwiesen.

Wenige Jahre früher hatte übrigens schon Rennebaum (11) sich mit der Prüfung des physiologischen Atmungsmechanismus Neugeborener eingehend befasst.

Knoll (12) (13) wies im Jahre 1886 die reflektorische Auslösung von Atembewegungen durch gewisse Zungen-Schlundnerven (vor allem durch den N. glosso-pharyngeus) nach. Grossmann (14) (15) hat sodann Studien über das Respirationscentrum des Kehlkopfes und die Wurzelfasern der Kehlkopfnerven angestellt, während Heinricius (16), Strassmann (17) u. A. sich mit eng zu unserer Frage gehörigen Beobachtungen über die Herzthätigkeit und den Einfluss der Nervi vagi auf dieselbe beschäftigten.

Ahlfeld-Weber (3,18) kann Runge nach seiner bereits erwähnten Arbeit (2) auf Grund experimenteller Untersuchungen in dem strittigen Punkte der Beobachtung intra-uteriner fötaler Atembewegungen nicht beistimmen, wonach von ihm „der Mangel jeder Atembewegung beim apnoischen Foetus mit Sicherheit konstatiert worden sei."

Der Vollständigkeit halber seien noch die ausgezeichneten experimentellen Arbeiten von Cohnstein und Zuntz (19), Preyer's (20) Physiologie des Embryo, sowie die Abhandlungen von Dohrn (21) und Heinricius (22), erstere den Mechanismus, letztere den Typus der Atmung in Betracht ziehend — erwähnt. Eine Besprechung derselben würde den Rahmen dieses Berichtes überschreiten.

Ueber die Beeinflussung der Cirkulation des Neugeborenen durch dessen Atemthätigkeit handelt Schultze (23); aus jüngerer Zeit datieren Arbeiten Ungars (24) und Kupffers (25), welche sich neuerdings einerseits mit der Grösse des Luftwechsels, anderseits der Leistung der einzelnen Methoden künstlicher Luftzufuhr beschäftigen. Ungar betont das geringe Sauerstoffbedürfnis und die damit begründeten geringen Excursionen des Thorax bei der Athmung Neugeborener, [vgl. Cohnstein und Zuntz (19)]. Kupffer sucht wie seinerzeit Torggler (28), (vor ihm Labs (26), Schauta (27) u. A.), an der Hand des Experimentes die Leistungen der Wiederbelebungsmethoden von Schultze, Silvester-Pacini und Bain in Bezug auf die Luftfüllung atelektatischer Lungen zu erproben.

Nach den Untersuchungen der genannten Forscher müssen wir die

Schultze'sche Methode in Bezug auf ihren physiologischen Erfolg, luftleere Lungen am ausgiebigsten mit Luft zu füllen, in der That als die „beste" bezeichnen.

Dass die Controverse Olshausen-Runge noch nicht beendet ist, beweist eine neuerliche „Abwehr" (29) des letztgenannten Autors in dem dies Jahr erschienenen 50. Bande des Arch. f. Gyn., welche sich schliesslich hauptsächlich gegen Ahlfeld's Annahme der intra-uterinen Atmung kehrt und diesbezügliche Beobachtungen für falsch erklärt.

Ausser Schaller's (30) Zusammenstellung einer grösseren Reihe von Beobachtungen über Vagitus uterinus berichten einzelne Fälle Brühl (31) und Flatau (32), letzterer allerdings mit dem Bemerken, dass Brühl's Fall wohl nicht ernst zu nehmen sei.

Leopold schlägt vor (33), dem Kinde während der Extraction des Kopfes Luft zuzuführen; „es hat durch Andrücken des Hand- und Fingerrückens an Collum und Scheidenwand dem Munde ein freier Luftraum verschafft und so dem Kinde Luft zugeführt zu werden;" unter Beobachtung dieser Vorschrift brauche sich die Entwicklung des Kopfes nicht zu übereilen.

Mit der Präcision eines experimentell-pathologischen Versuches hatte Kehrer (34) in einem Falle Gelegenheit, sich am lebenden Neugeborenen über den Sitz des Atmungscentrums zu vergewissern; das Kind kam nach der Perforation des Schädels mit Zeichen des Lebens zur Welt; diese brachte nach vergeblichen Versuchen erst ein Schnitt, welcher das hintere Ende des Calamus scriptorius traf, zum Erlöschen; nun sistierte die Atmung, — ein klarer Beweis für die Richtigkeit der Angabe dieses Autors über den Sitz des Atmungscentrums bei Säugetieren.

(Schluss im nächsten Hefte.)

Ueber die im Jahre 1895 in Norwegen erschienenen Arbeiten gynaekologischen und geburtshülflichen Inhalts.

Von

Dr. JUSTUS BARTH

in Christiania.

Noch ist man bei uns nicht so weit gekommen, dass die gynaekologisch-geburtshülflichen Fachgenossen ein eigenes Organ besitzen, in welchem die betreffende Litteratur veröffentlicht werden kann. Deshalb geht nicht blos die Anregung verloren, die eine solche Zeitschrift mit sich führt, sondern auch zahlreiche interessante Berichte, die unsere Kollegen im weitgestreckten Norwegen gewiss zur Verfügung haben.

Der erste Schritt ist inzwischen gemacht durch Bildung eines

Landesvereins für Geburtshülfe und Gynaekologie. Hoffentlich kommt bald der zweite dazu: Bildung einer Zeitschrift für diese Disciplinen.

Ich erlaube mir im Folgenden eine Uebersicht zu liefern über die Originalberichte gynaekologischen und geburtshülflichen Inhalts, die hier im Jahre 1895 erschienen sind, mit Ausnahme von Demonstrationen gynaekologischer Präparate und solcher Vorträge, die in den medicinischen Gesellschaften oder auf Kongressen gehalten worden sind und nicht in extenso vorliegen.

Uebersicht:

1. Anderssen, Garmann: Foetal Tumor som Födselshindring. Norsk. Mag. f. Laegev. 1895 P. 122.
2. Christie, O. Kontraindikationer mod den lokale behandling af gynaekologiske forandringer. Medicinsk Revue 1895, P. 231.
3. Deier, P. M. Om puerperaleklampsiens Patogenese. Tidsskrift f. d. norske Laege-forening 1895, P. 197 u. 209.
4. Dreier, P. M. Infektionernes betydning ligeoverfor sygdomme; puerperiet og disses behandling. Tidsskrift f. d. norske Laege-forening 1895, P. 305 und 319.
5. Johannessen, Axel. Studier over Kvindemelkens Sekretionsfysiologi. Norsk Magazin for Laege-videnskaben 1895. S. 1.
6. Kobro, J. Et Tilfaelde af Missed abortion. Norsk Mag. f. Laegev. 1895. S. 1110.
7. Malthe. Ovariotomistatistik. Festskrift for Prof. Hjalmar Heiberg. Kristiania (A. W. Brögger) 1895. S. 13.
8. Nicolaysen jun., Julius. Et tilfaelde af Menstruationsexanthem. Lichen menstrualis. Festskrift for Prof. Hjalmar Heiberg. Christiania (A. W. Brögger) 1895. S. 196
9. Sandberg, J. Eclampsia gravidarum, mors, sektio caesarea post mortem. Medicinsk Revue. Bergen 1895. P. 67.
10. Semb, Oscar. Om missed Abortion. Festskrift for Prof. Hjalmar Heiberg. Chrstiania (A. W. Brögger) 1895. S. 212.
11. Vedeler, B. Primär Sterilitet. Norsk Mag. f. Laegev. 1895. S. 378.
12. Vogt, H. Omphalo-pagus, Paracephalus cardiacus. Norsk. Mag. f. Laegev. 1895. S. 115.
13. Vogt, H. Cyclops diorrhinus hypo-agnathus. Norsk Mag. f. Laegev. 1895. P. 639.
14. Vogt, H. Dicephalus dibrachius. Norsk Mag. f. Laegev. 1895. S. 946.
15. Vogt, H. Kunstig fortidlig Födsel ved trangt Baekken. Norsk Mag. f. Laegev. 1895. S. 349.

1. Anderssen, Garmann. Foetaler Tumor als Geburtshinderniss.

Verfasser wurde zu einer I-para gerufen, wo ein Kind seit 12 Stunden bis zum Nabel geboren war, und die Hebamme die Geburt nicht vollenden konnte.

Tractionen am Körper des Kindes begegneten starkem Widerstand.

In Narkose wurden beide Füsse heruntergeholt, ohne dass es trotzdem gelang, den Foetus zu entwickeln; wohl aber fühlte man nun einen Tumor mit einem handgelenkdicken Stiel von der Sacralregion des Foetus ausgehen. Unter der Bemühung, den Tumor hervorzuholen, barst der Stiel teilweise unter Entleerung von ca 500 gr. einer dicken, grünlichen Flüssigkeit. Nun wurde auch der Tumor geboren.

Er war ungefähr so gross wie der Rumpf des Foetus, wog ca. 1500 gr. und war überhäutet. Er bestand aus zahlreichen Hohlräumen, die teils mit einer colloiden, teils mit einer breiigen Flüssigkeit erfüllt waren. Es war also anscheinend eine Dermoidcyste.

2. Christie, O. Contraindicationen gegen die lokale Behandlung gynaekologischer Veränderungen.

Verf. bedauert, dass es in den gynaekologischen Lehrbüchern nicht ein Kapitel über diese Themata giebt, das gewiss vielen Gynaecologen Täuschungen und herbe Kritik ersparen würde. Die Pflicht des Gynaekologen ist zunächst, zu bestimmen, ob die vorhandenen Symptome auf krankhafte Veränderungen der Beckenorgane zu beziehen sind; danach hat er seine Behandlung so einzurichten, dass sie nicht schade. Es giebt Veränderungen am Genitalapparat, die keine Symptome geben, z. B. gewisse angeborene und erworbene Lageveränderungen des Uterus, Geschwülste etc., von denen man nicht annehmen kann, dass sie die Patienten stören, wenn Volumenveränderungen, Dysmenorrhoe etc. nicht vorliegen. Eine Behandlung ist zu unterlassen, wenn diese schädlich auf das Nervensystem wirkt; besonders gilt dies für nervöse Personen und für eine langdauernde Behandlung. Anders bei Behandlung in einer Sitzung mit Operation. Doch auch hier bestehen Contraindicationen z. B. die Narkose und Angst der Patientin. Verf. räth ab, eine Person zu operieren, die glaubt, dass sie dabei sterben werde. Auch will er nicht einen retroflectierten, subinvolvierten Uterus mit para-perimetritischen Infiltrationen lösen; dies würde Schmerzen hervorbringen und die nervösen Zustände steigern. Verf. räth ab, Erosionen und Uteruscatarrhe mit lange Zeit wiederholten Pinselungen zu behandeln — hier ist die Operation in einer Sitzung das richtige; ebenso verwirft er Massage und Flüssigkeit ansaugende Tampons, die oft von nervösen und schlecht ernährten Patienten schlecht vertragen werden. — Man darf nie schematisch vorgehen, z. B. mit der Castration, und soll, wenn man operiert, womöglich etwas Ovarialgewebe noch erhalten, das einen grossen physiologischen Wert besitzt. Bei Virgines muss man mit der Diagnose und Behandlung einer Uteruscatarrhe vorsichtig sein, sowohl aus ästhetischen als aus psychischen Gründen; man muss den Allgemeinzustand heben und suggestiv vorgehen.

Verf. fasst seine Auffassung dahin zusammen, dass bei keiner Specialität mehr Erfahrung nötig, mehr Rücksicht zu nehmen und grössere Schwierigkeiten zu überwinden seien, als in der Gynaekologie. Man soll seinen Blick stets zuerst auf den Allgemeinzustand richten, und erst danach eine örtliche Behandlung anwenden. Ein Gynaekologe muss etwas mehr sein als ein tüchtiger „Beckenchirurg". Unsere Aufgabe ist, das Weib zu verstehen, nicht bloss das weibliche Becken zu kennen.

3. Dreier, P. M. Ueber die Pathogenese der Puerperaleklampsie.

Nach einer orientierenden geschichtlichen Uebersicht über die Auffassung dieser Krankheit giebt der Verf. seine eigene Anschauung kund, gestützt auf die klinischen Erfahrungen, die er als 1. Assistent an der Gebäranstalt in Christiania gemacht hat. Er fasst die Eklampsie auf als einen Intoxicationszustand, wahrscheinlich mit Ptomainen, die teils im Darmkanal der Mutter, teils im Foetus gebildet werden und in die Circulation der Mutter übergehen. Bei Anhäufung dieser Stoffe im Blute der Mutter wird die Intoxication eintreten unter mehr oder weniger drohenden Erscheinungen. Bei ihrer Wiederausscheidung können die Nieren unter Störungen der Urinsekretion ergriffen werden, wobei sich die Toxicidät

des Blutes noch mehr steigert. Ueberernährung mit Albuminaten ebenso wie Entwicklung besonders grosser oder mehrfacher Früchte wird dieselbe verhängnissvolle Bedeutung haben können, indem zufällige Ursachen, welche die Widerstandskraft herabsetzen, z. B. Erkältung, Compression der Ureteren, schon bestehende Nierenerkrankung etc. die Anfälle auslösen können. Verf. glaubt mit Stumpf, dass ganz besonders Produkte des foetalen Stoffwechsels die Intoxication hervorrufen. Er stützt sich dabei auf die Erfahrungen, dass Zwillingsgeburten dazu disponieren, dass Eclamptische oft Kinder mit Rigor mortis geboren haben, und dass die Gefahr oft verringert wird, wenn der Foetus abgestorben ist. Verf. nimmt an, dass die eclamptischen Toxine immunisierende Eigenschaften haben können ähnlich anderen tierischen und Pflanzengiften, indem ihre Menge während der Schwangerschaft allmälig gesteigert wird.

Kommt diese Zunahme zu schnell zu Stande, so wird Intoxication eintreten, nicht Immunität, die erst nach Heilung der Intoxication eintreten wird. Für diese Theorie spreche, dass Erstgeschwängerte häufiger als Mehrgeschwängerte ergriffen werden.

Tritt ein Anfall auf ohne Unterbrechung der Schwangerschaft, so erfolgt bei eintretender Geburt kein weiterer. Wiederholte Anfälle bei derselben Frau in späteren Schwangerschaften gehören zu den grössten Seltenheiten.

4. Dreier, P. M. Die Bedeutung der Infection bei Krankheiten im Puerperium und deren Behandlung.

Einerseits treten gewisse Infectionskrankheiten seltener bei Wöchnerinnen auf, weil diese unmittelbar vor und nach der Geburt schwerer mit dem Infectionsstoff in Berührung kommen, andererseits werden die Wöchnerinnen von einigen Infectionskrankheiten leichter angesteckt wegen der im Geburtskanal vorkommenden Verletzungen. Verf. liefert eine Uebersicht über Infectionskrankheiten und deren Auftreten während des Puerperium. Die klinischen Erfahrungen stimmen genau mit der modernen Infectionslehre überein. Der Infectionsstoff wird am öftesten von auswärts durch Instrumente, durch die Hände etc. übertragen; eine Infection kann aber auch auftreten ohne vorherige manuelle Untersuchung oder Operation. Dies muss aber dadurch erklärt werden, dass der Infectionsstoff vor der Geburt in den Geburtskanal hineingekommen ist, deshalb darf man nicht immer, wenn eine Infection auftritt, den Geburtshelfer dafür verantwortlich machen.

Die häufigsten Infectionskeime sind Streptokokken; aber auch andere Infectionskrankheiten können die Wöchnerinnen angreifen, wie Diphterie, Scarlatina, Erysipelas, Gonorrhoe etc. — Die Behandlung anbelangend, so hebt der Verf. die Prophylaxis vor der Geburt mit Bädern, Reinlichkeit etc. hervor. Danach giebt er eine Uebersicht über die anderen Vorbereitungen, die gemacht werden müssen, samt den örtlichen Mitteln oder Operationen, die bei eingetretenem Fieber angewendet werden sollen.

5. Johannessen, Axel: Studien über die sekretorische Physiologie der Frauen-Milch.

Verf. hat als Oberarzt an der pädiatrischen Abteilung des Reichshospitals zu Christiania die Milch von 25 Frauen untersucht, die als I

bis VIII-parae bei einem Alter zwischen 20 und 46 Jahren, im 1. bis 13. Monat der Lactation standen, während eine seit 19 und eine andere seit 21—22 Monaten stillte. Mit Ausnahme von einer waren alle verheiratet. Nachdem Mutter und Kind, und was die Mutter in den letzten 24 Stunden genossen hatte, untersucht worden war, wurde das Kind 2—4 Stunden nach der letzten Säugung an die Brust gelegt und ihm gestattet, ein paar mal zu saugen. Hierauf wurde, erst an der rechten, dann an der linken Warze ein Saugglas mit Schlauch angesetzt, wodurch die Milch ausgesaugt wurde. Bei Untersuchung „nach der Säugung" hatte das Kind 10 Minuten an der Brust gelegen, wonach eine Probe, wie vorher, abgenommen wurde. Die Milch wurde sowohl auf ihren Fettgehalt mikroskopisch untersucht, als auch wurden für mehrere Tage die Durchschnittswerthe von Albumin, Stickstoff, Fett und Zucker bestimmt. Auch wurde der Gehalt an diesen Stoffen nach einer besonderen Diät bestimmt. Es ergaben sich folgende Durchschnittszahlen: Albumin 1,104 %, Stickstoff 0,13—0,23 %, Fett 3,21 % (mit Schwankungen von 0,63 bis 6,65 %), Zucker 4,67 % (mit Variationen von 2,55—9,77 %). Die sp. Gew. scheinen mit dem Fettgehalt umgekehrt proportional zu sein.

Proben von der rechten und linken Brust zeigten oft bedeutende Unterschiede, besonders bezüglich des Fettgehalts, wenn sie zu verschiedenen Zeiten abgenommen wurden. Die Zusammensetzung vor und nach der Säugung war mit Rücksicht auf Albumin und Zucker einigermassen dieselbe, der Fettgehalt aber war deutlich grösser nach der Säugung. Die Albuminmenge ist in den 6 ersten Monaten der Lactation am grössten 1,192 % und nimmt später ab. Das Fett tritt mehr unregelmässig auf, während der Zucker in den späteren Monaten mehr zuzunehmen scheint. — I-parae scheinen mehr feste Bestandteile zu haben wie Multiparae. Bei 20—25jährigen war der Gehalt an Fett am grössten, bei 25—30jährigen die Albuminmenge und nach dem 30. Jahre die Zuckermenge. — Die Blonden schienen eine an Fett und Zucker reichere Milch zu geben als die Brünetten, die relativ mehr Albumin hatten. — Die Ernährung zeigte individuelle Schwankungen in ihrem Einfluss auf die Zusammensetzung der Milch.

Personen, die wesentlich von Amylaceen lebten, lieferten eine an Albumin und Zucker arme Milch, die dagegen reicher an Fett war. Bei reichlicher Proteïn- und fetthaltiger Nahrung wuchs die Albumin- und Fettmenge in der Milch, wenn die Betreffende vorher von unzureichender Nahrung gelebt hatte. Bei früherer reichlicher Nahrung konnte selbst eine Luxusfütterung den Fettgehalt noch vergrössen. — Bei Culturversuchen an der steril abgenommenen Milch bekam man 43mal negatives Resultat, 6mal positives: 1mal den Baccillus pyocyaneus, 5mal Staphylococcus pyogenes albus, der erst am dritten bis vierten Tag vereinzelt und zwar immer auf Agar-Agar auftrat.

6. Kobro, J.: Ein Fall von „missed abortion".

Dreissigjährige Frau, früher immer gesund, vor 2 Jahren ein Kind. Letzte Menstruation Septbr. 1894. Nachher immer unwohl mit Kopfweh und häufigem Erbrechen, das im Dezbr. aufhörte. Weihnachtsabend eine starke Blutung und später stetes Abträufeln von Blutwasser. Etwa am

20. Mai eine stärkere Blutung, die sich am 27. Juni wiederholte. Bei der Untersuchung stellten sich wehenähnliche Schmerzen ein. Fundus war in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse in Grösse und Consistenz des 5. Monat entsprechend. In der Scheide ein wenig Schleim mit Blut gemischt. Orificium ext. ein wenig geöffnet. Es wurde ein Jodoformgazetampon eingelegt. Am 29. Juni hörten die Schmerzen auf; nachher starke Blutung. Bei der Entfernung des Tampons fühlte man hinter demselben das Ei, welches leicht extrahiert wurde. — Normales Wochenbett. Das Ei faustgross, von höckerigem Aussehen, enthielt ein wenig Blutwasser. In der Höhlung des Amnion lag ein etwa 1,5 cm. langer Embryo mit angedeuteten Extremitäten und anhängender Nabelblase. Keine Zeichen der Fäulniss. Verf. meint, dass das Ei wahrscheinlich im zweiten Monat abgestorben sei und bis zum zehnten zurückgehalten wurde.

7. Malthe: Ovariotomiestatistik.

Verf. ist ein in der skandinavischen medicinischen Welt wohl bekannter, sowie durch seine Geschicktheit und Erfahrung hochgeschätzter Operateur.

In der erwähnten Arbeit liefert er eine Uebersicht über 150, seit 1889 ausgeführte Ovariotomien. Seine ausgezeichneten Resultate, 2% Mortalität = 3 Todesfälle, von welchen einer oder vielleicht auch zwei, der Operation zur Last gelegt werden können, sprechen für sich selbst.

Verf. beschreibt sein Operationsverfahren, welches er dann nochmals in 12 Thesen zusammenfasst, und schliesst daran eine Hervorhebung der Komplikationen, welche Abweichungen von der Methode veranlassen können, nebst einer Uebersicht über die Nachbehandlung, samt einem Abschnitt über Narkose. Er empfiehlt, allgemein gesprochen, eine Mischung von Asepsis und Antisepsis, während er in der Bauchhöhle selbst Aseptiker ist und jede Spülung oder „Toilette" verwirft, wenn nicht besondere Umstände dies verlangen, und dann nur an der inficierten Stelle. Verf. operiert unter hoher Temperatur, 18 — 25° R., einer mit Wasserdampf gesättigten Luft. Die Präparationen vor der Operation sind die gewöhnlichen mit Bädern, Entleerung des Darmkanales, Bismuth, Umschlägen von Sublimathandtüchern, später, unmittelbar vor der Operation, Waschung mit Seife und Wasser, Sublimatlösung, Aether und steriler Jodoformgaze, und dann 5% Karbolwasser. Operateur und Assistent waschen sich mit Seife und Wasser, Sublimatlösung, dann 5% Karbolwasser und Abspülung in gekochtem Wasser.

Es wird ausschliesslich mit Schwämmen getupft, die in 5% Karbolwasser aufbewahrt und in gekochtem Wasser ausgespült werden. Es werden so wenig Ligaturen als möglich gelegt und nie in die Bauchwand. Blutung wird hier sowie in der Bauchhöhle mit Klemmpincetten und Torsion gestillt, aber ohne Ligatur; wo nötig wird Katgut oder dünne Karbolseide gebraucht. Därme werden nie ohne Notwendigkeit aus der Bauchhöhle herausgenommen. Der Stiel wird in zwei Portionen unterbunden, die wieder zu einer zusammengerafft werden. Zur Bauchnaht werden Fil de Florence oder damit kombiniert Katgutetagennähte verwendet. Aseptischer oder antiseptischer Verband.

Bei Herzfehlern, Schwächezuständen u. dgl. besondere Vorsicht und Schnelligkeit der Operation. — Ernährung vom ersten Tag. — In ver-

zweifelten Fällen wird nicht narkotisiert. Bei diagnosticierter Ruptur wird so bald wie möglich operiert, teils wegen Gefahr der Blutung, teils weil der Inhalt infektiös sein kann.

Bei bösartigen Geschwülsten operiert Verf. selbst dann, wenn Cachexie oder krebsige Verwachsungen vorhanden sind, und hat doch in manchen Fällen Heilung oder wenigstens Nutzen davon gesehen. — Bei Dermoiden oder vereiterten Geschwülsten besondere Vorsicht.

Müssen solche Geschwülste stückweise herausgenommen werden und bleiben örtliche Eiterherde zurück, so werden diese sorgfältig mit Schwämmen, die in 5 % Karbolwasser ausgepresst waren, abgewischt und mit desinficiertem Jodoform eingerieben.

Bei ausgedehnten peritonitischen Verwachsungen hat Verf. mehrmals die Bauchwunde schliessen müssen, um die Geschwulst per vaginam anzugreifen, wozu auch Drainage verwendet wurde.

Bei Cystom in einem Ovarium wird auch das andere weggenommen, wenn sichere Cystenbildung begonnen hat; sonst stellt sich Verf. sehr reserviert der kleincystischen Degeneration gegenüber. Schwangerschaft ist keine Kontraindication gegen die Operation. Mit Hinsicht auf die Nachbehandlung hat Verf. bei Ileussymptomen, die nicht auf Axendrehung gegründet sind, von Massenklystieren und warmen feuchten Umschlägen guten Nutzen gesehen. Bei Vermutung septischer Processe wird Eisbeutel verwendet. Bei Erbrechen werden nicht Eispillen, sondern $^1/_2$ — 1 Tasse sehr warmes Wasser, Sinapismen auf die Magengegend, Eisbeutel auf den Kopf angewendet. Abführende Mittel gewöhnlich nach 6 — 8 Tagen. Vor der Darreichung solcher in den ersten Tagen, um peritoneale Verlötungen zu verhindern, warnt Verf. besonders bei Schwächezuständen. Die Bauchnähte werden durchgehend mit Fil de Florence gelegt und erst nach 3—4 Wochen herausgenommen.

Zur Narkose verwendet der Verf. ausschliesslich Chloroform, weil er mit Aether schlechte Erfahrungen gemacht hat. — Er verwendet einen von ihm selbst modificierten Juncker'schen Apparat. — Verf. erwähnt Gurlt's Statistik, empfiehlt aber, eine weitere Narkosenstatistik von Operationen in Trendelenburg'scher Lagerung zu schaffen. — Von den drei Todesfällen kam der eine auf eine Verschlimmerung einer schon vorher bestandenen chronischen Bronchitis mit Lungenverdichtung bei einer 56jährigen äusserst schwachen Person, die am 13. Tag p. op. starb.

Der zweite kam von einem Volvulus S. Romani, welches deutlich verschoben war.

Der dritte kam von Sepsis, die schon vor der Operation bestand.

In einer tabellarischen Zusammenstellung giebt M. eine Uebersicht über sämtliche 150 Fälle mit erklärenden Bemerkungen. Die abschliessende Uebersichtstafel möge auch hierher gesetzt werden.

Anzahl	Cystis uniloc. ovarii	Cystis parovarii	Cystoma multiloc.	Cystoma proliferans	Carcinoma	Sarcoma	Papilloma	Cystis dermoid.	Fibroma	Degeneratio cystica	Oophoritis	Oedema	Abscessus	Tuberculosis	Uncomplicirt	Complicirt	Doppelseitige Ovariot.	Geheilt	Tod
150	84	8	58	10	12	6	6	11	2	8	1	1	2	1(2)	35	115	42	147	3.

8. Nicolaysen jun., Julius. Ein Fall von Menstruationsexanthem. Lichen menstrualis.

Ein 23jähriges Mädchen wurde in das Reichshospital in Christiania aufgenommen wegen eines Ulcus der rechten Mandel, das erst für syphilitisch angesehen wurde, aber schnell verschwand. Später trat unter dem 5½ Monate langen Aufenthalt im Krankenhause stets in Verbindung mit der Menstruation ein maculo-papulöses Exanthem auf, dass sich symmetrisch über Schulter, Rücken und dem Ellenbogengelenk ausbreitete. Ein Mal trat ein Herpes progenitalis des rechten Labium majus auf, samt einer Herpes-Eruption der Tonsillen.

Das Exanthem schwand langsam unter Desquamation einzelner Papeln. Obwohl das Exanthem sowohl Syphilis- als Lichen ruber-ähnlich war, war es doch sowohl in makroskopischer als mikroskopischer Hinsicht davon zu trennen und wurde vom Verf. als ein neues Krankheitsbild, Lichen menstrualis, aufgestellt.

9. Sandberg, J.: Eclampsia gravidarum, Mors. Sectio caesarea post mortem.

Eine 36 jährige 1-para, die ihre Entbindung um den 20. September erwartete, hatte im Juli Oedem im Gesicht und an den Beinen. Am 18. August hatte sie mehrere eclamptische Anfälle mit Bewusstlosigkeit. Der Urin enthielt 2,5 % Albumen. Tod.

4 Minuten nach Aufhören des Herzschlages wurde die Sectio caesarea gemacht. Viel Ascites. Das Kind asphyctisch, schrie aber nach einer Viertelstunde. Die eine ausgeschnittene Niere zeigte ausgebreitete fettige Degeneration des Epithels der Tubuli contorti. Im Urin etliche Cylinder. Gewicht des Kindes 1630 gr., Länge 40 cm., Umfang des Kopfes 31 cm. Die Nägel der Finger waren voll entwickelt, nicht ganz die Fussnägel. Das Kind wurde in eine improvisierte Couveuse gelegt und anfangs mit 1 Teil Milch, 3 Teilen Wasser, 4% Milchzucker genährt. Es blieb am Leben und gedieh gut.

10. Semb, Oscar: Ueber „missed abortion".

Verf. beschreibt 3 Fälle von Verhaltung des toten Fötus, von welchen ein Fall durch ihn selbst, die beiden anderen von norwegischen Kollegen beobachtet worden sind.

Fall I. 38jährige Frau, 7 Kinder, kein Abort. Letzte Menstruation etwa 15. Januar 1893. Kindesbewegungen 17. Mai, 5. Juli aufgehört. Keine Wehen am normalen Geburtstermin Mitte Oktober. Erst Mitte Dezbr. fingen wehenähnliche Schmerzen an, die sich bis 10. Januar täglich wiederholten, worauf spontane Geburt eintrat.

Frucht entsprechend Ende des sechsten Monats entwickelt, mumificiert. 3 cm. entfernt vom Nabel eine starke Torsion mit Atrophie der Nabelschnur.

Fall II. 40jährige Frau, 7 Kinder. 1 Abort. Letzte Menses etwa 30. April 1893. Schwangerschaftssymptome von Anfang Mai bis Ende Oktober, keine Kindesbewegungen. Im November, Dezember und zweimal im Januar Blutungen. 23. Januar fand sich der Uterus von einer Grösse, die dem vierten bis fünften Monat entsprach. 30. Januar starke Wehen etwa eine halbe Stunde lang, am 31. Januar Geburt.

Die Frucht war mumificiert und entsprach ihrer Entwicklung nach dem 4. Monat.

Die Placenta wurde am nächsten Tag geboren und hatte Radiergummikonsistenz.

Fall III. 43 Jahre alt. 2 Geburten, das letzte Mal vor 5 Jahren, Zwillinge. Seit dieser Zeit Schmerzen im Kreuz, in der letzten Zeit reichliche Menstrualblutungen.

Letzte Menstr. Ende Juni 1894. Keine subjektiven Schwangerschaftszeichen. Im August eine geringe Blutung und seitdem steter blutigschleimiger Ausfluss, Kreuzschmerzen und ab und zu Frösteln. Anfang Februar konsultierte sie den Verf., der den Uterus in Grösse und Konsistenz der 7.—8. Schwangerschaftswoche entsprechend fand und ein im zweiten Monat abgestorbenes Ei diagnosticierte.

Unter abwartendem Verhalten am 16. Februar stärkere Blutung und am 22. besonders heftige Blutung mit grossen „Klumpen", die leider weggeworfen wurden. Am 25. wurden noch einige Klumpen und Zotten, die aus Decidua- und Chorionresten bestanden, manuell entfernt.

Im ersten Fall wurde also ein im 6. Monat abgestorbener Foetus bis zum zwölften Monat zurückgehalten, im zweiten starb der Foetus im vierten Monat ab, wurde bis zum neunten zurückgehalten; im dritten Fall ist er im zweiten Monat abgestorben und wurde bis zum achten zurückgehalten. —

Verf. erwähnt noch 6 andere Fälle mit Retention eines abgestorbenen Foetus in mumificiertem Zustande. Verf. will die Verhaltung durch abnorme Verlötungen zwischen dem Ei und dem Uterus, in der Regel durch eine chronische Endometritis bedingt, erklären. Oder sie könne auch durch Blutaustritte in die Eihüllen mit Organisation derselben und Verwachsungen zwischen Decidua und Chorion zu Stande kommen; das Ei ist dann wie eine intrauterine Schleimhautneubildung zu betrachten, die schliesslich unter langsamer Involution des Uterus bei unzureichender Ernährung des Eies ausgestossen wird.

Wenn erwähnt wird, dass stets Wehen am normalen Termin der Geburt eintraten, findet Verf. dies nicht erwiesen nach dem von ihm gesammelten Materiale. Es geschah wohl in ein paar Fällen, deren Zahl aber zu klein ist, um daraus einen sicheren Schluss zu ziehen. — Der klinische Verlauf ist gewöhnlich gut, bei auffallendem Wohlbefinden. Einzelne klagen allerdings über Kreuzschmerzen. Gleichfalls erfolgt die Ausstossung des Eies gewöhnlich leicht. Die Diagnose ist meist leicht in Fällen, wo die Frucht schon weiter entwickelt gewesen ist und die Betreffende ihren Zustand verstanden hat; sonst ist eine sorgfältige Anamnese und objektive Untersuchung notwendig. Die Behandlung soll im Anfang immer abwartend sein. Gefahrlos ist der Zustand nicht, sofern stets Blutungen und Infection zu fürchten sind. Wo keine gefahrdrohenden Zeichen bestehen, empfiehlt Verf. den natürlichen Termin abzuwarten und dann das Ei zu entfernen, wenn es nicht von selbst kommt.

11. Vedeler, B.: Primäre Sterilität.

Verf. bespricht 310 Fälle primärer Sterilität aus seiner eigenen Praxis. Sein Ziel ist hierbei, zu konstatieren, von welcher Bedeutung das Verhältniss des Mannes ist. Der Mann muss immer soweit möglich

examiniert werden, da zumal die Gonorrhoe hier eine besonders grosse Rolle spielt. In den meisten Fällen, wo der Mann Gonorrhoe gehabt hat, finden sich entzündliche Zustände, teils an den äusseren, teils in den inneren Genitalien. Er teilt die abnormen Zustände bei den sterilen Frauen in zwei Hauptgruppen ein: 1. die nicht entzündlichen und: 2. die entzündlichen. Die erste Gruppe wird wieder in zwei Abteilungen getrennt: a) anatomische Abnormitäten, wie z. B. Atrophia uteri, Hymen persistens, Stenosis orif. uteri ext. u. s. w. und b) pathologisch-anatomische Abweichungen wie z. B. Vaginismus, Myome, Ovarialcysten u. s. w.

Verf. geht den verschiedenen Gruppen nach mit dem Resultate, dass in 211 Fällen = 70% die Sterilität auf Rechnung des Mannes gesetzt werden konnte, während in 92 Fällen = 30% die Frau schuld deran war. In 17 Fällen fand er keine Anomalien bei der Frau, während auch der Mann nicht ausgeforscht werden konnte. Diese Fälle wurden zur Hälfte unter die beiden Gruppen verteilt.

12. Vogt, H.: Omphalopagus, Paracephalus cardiacus.

Eine III-para hatte ein wohlgebildetes Kind leicht geboren. Die Placenta wurde 10 Minuten nachher exprimiert und zeigte eine kleine 2,5 × 3 cm. grosse mit der Hauptplacenta membranös verbundene Nebenplacenta. In den Eihäuten lag ein missbildeter, vom zugehörigen Nabelstrang getrennter Foetus. Dieser hing mit demjenigen des normalen zusammen und wurde von diesem vascularisiert. Beide waren velamentös inseriert; die Nabelschnur des Paracephalus war auch normal mit Ausnahme des Uebergangs in die Eihäute, wo sie sehr dünn war. Der Foetus war 15 cm. lang mit wohl entwickelten Unterextremitäten. Das linke Unterarmbein endete distal in einer Spitze und stand oben nicht mit dem Humerus in Verbindung. Nur 3 Finger an der linken Hand. Rechter Oberarm nur ganz kurz. Linke Scapula wohlgebildet, rechte klein. Die Claviculae sind dick; kein Sternum vorhanden. Rumpf wohlgebildet, die Nabelstelle nur ein kleiner Vorsprung ohne sichtbare Gefässöffnungen. Die infratoracale Spina auffallend breit. Keine Augen; nur äusserlich ein paar weisse Flecken. Die Nase ist eine Hautknospe mit einem Nasenloch. Oesophagus endet blind in dem obersten Teil der Brust. Deutliche Labia majora und eine enge Scheide vorhanden. Ein kleines, bohnengrosses Herz, vorne an der linken Brustwand befestigt, war das einzige Brustorgan; es enthielt zwei Räume ohne nachweisbare Verbindung. Nur ein Gefäss entspringt vom Herzen nach rechts mit zwei Lumina in der Nähe des Herzens. Von der Nabelstelle entspringen keine grossen Gefässe. Andeutungen des Zwerchfells hinten rechts. In der Bauchhöhle fanden sich Magen und gewundene Därme. Leber und ein anderes Organ, wahrscheinlich Pancreas, fanden sich vor. Keine innere Urogenitalorgane. Das Cranium klein. Partiell ossificiertes Lacunar. Zwischen Lacunar und Basis ist Gehirnmasse zu sehen. Das Alter des abgestorbenen Zwillings entspricht dem Ende des 4. Monats.

Die wahrscheinliche Todesursache war die starke Einschnürung der Adern am Uebergang derselben in die Eihäute.

Merkwürdig ist die abnorm grosse Nabelschnur, die wahrscheinlich nach dem Absterben des Foetus einen lebendigen Anbau der anderen Nabelschnur gebildet hat.

Verf. erwähnt einige Litteratur über solche Missbildungen und die Hypothesen darüber, besonders die Claudius'sche Theorie, welche die störende Ursache in der Allantoisbildung sucht, wo das Blut beider Embryonen sich mischt. Gewinnt das eine die Oberhand, so wird dadurch die Circulation beim anderen beherrscht. Ahlfeld meint, dass der eine Zwilling dem anderen ein wenig voraus ist, und so das ganze Chorion mit seinen Gefässen bedeckt, so dass der andere sich an die Allantois des ersten befestigen muss, wobei eine Fusion des Blutes stattfindet. Besonders genannt werden auch Taruffi und Ballantyne. Verf. hat in der norwegischen Litteratur nur drei Fälle von Paracephalen gefunden. Sein eigener ist der vierte.

13. Vogt, A.: Cyclops dirrhinus hypo-agnathus.

Männlicher Foetus, wiegt 1300 gr.; Länge 41 cm, grösster Umkreis des Lacunar cranii 24 cm, der Hals unter den beinahe zusammenstossenden Auriculae 14 cm.; Leibesumfang in der Höhe der Cardia 24 cm; wahrscheinlich 4—6 Wochen zu früh geboren. Der Kopf spitzt sich gegen die Stirn zu (Oocephali v. Trigonocephali). Keine Sutura frontalis; die Stirnfontanelle beinahe geschlossen. Unter dem Nasenvorsprung eine stark vorragende von den beiden Augen gebildete Partie; diese liegen in einer gemeinsamen Orbita, mit gemeinsamer Conjunctiva; Palpebrae mit Meibom'schen Drüsen und Cilien. Der Schnabel ist 3,8 cm lang, keulenförmig, mit einem feinen Loche, worin eine Schweinsborste 20 mm eingeführt werden und Knochen gefühlt werden kann. Ein ähnlicher Schnabel geht nach abwärts gerade unter der Mitte des Conjunctivalrandes. Auch in diesem ein Loch, aus welchem wie am vorigen, Schleim ausgepresst werden kann. Die Ohren liegen horizontal und nur 13 mm von einander getrennt.

Verf. giebt eine Uebersicht über die Einteilung der Cyclopen nach Taruffi. Taruffi selbst, dem der Foetus zugeschickt wurde, brachte ihn in eine eigene Rubrik unter dem Namen: Cyclops dirrhinus.

14. Vogt, H. Dicephalus dibrachius.

Ein Foetus mit zwei stark divergierenden Köpfen, die bis etwas oberhalb der Ohren durch eine 4 mm breite Scheidewand getrennt waren.

Die Länge der Früchte war 30 mm, wovon 23 mm auf Köpfe samt Rumpf entfallen. Die Länge der Columna vertebralis bis zum Os sacrum 12 mm, die Arme 6 mm. Auf dem rechten Arm und dem linken Bein waren deutlich Finger und Zehen zu sehen. Gesichter mit grossen Mundöffnungen und grossen beweglichen Zungen. Beide Oesophagi gingen in je einen wohlgeformten Magen über. Die beiden Magen stiessen in der Mittellinie durch eine Furche getrennt zusammen, und gingen dann in einen dünnen Darmappendix über. Sonst war vom Darmkanal wie von den übrigen Organen der Bauchhöhle infolge von Maceration nichts vorhanden. — Die Brustorgane doppelt, gleich wie die Rippen, die von beiden Wirbelsäulen ausgingen. — Verfasser bezeichnet die Missbildung als Dicephalus dibrachius monauchenos (einhalsig) nach der Einteilung Förster's. — Verfasser erwähnt auch einen anderen von ihm entwickelten Doppelfoetus: Länge 28 cm, Parietalumfang jeden Kopfes 39 cm, beide Köpfe über Gesicht und Scheitel 39 cm, Schulterumfang 37 cm.

Die Verwachsung erstreckte sich von dem gemeinsamen Nabel bis zum Winkel zwischen Hals und Kopf. Bei der Ankunft des Verfassers bei der Gebärenden waren 3 Füsse bis zu den Knieen geboren. Der vierte Fuss wurde ausgelöst und die Frucht danach leicht durch starke Hebung des Rumpfes des Foetus gegen den Unterleib der Mutter entwickelt.

15. Vogt, H.: Künstliche Frühgeburt bei engem Becken: Verfasser hat an der Gebäranstalt zu Bergen 24 mal die Frühgeburt bei engem Becken eingeleitet, bei 16 Individuen (II-parae bis XII-parae). Diese hatten 59 mal früher geboren und 31 Operationen waren an 12 von ihnen ausgeführt worden. Zange 15 mal, Wendung und Extraction 4 mal, Part. praemat. artif. 2 mal, Zange mit Perforation 7 mal, Perforation allein 2 mal, Extraction bei Beckenendlagen 1 mal. Die Operationsfrequenz betrug also 50,8 pCt., totgeboren 67,2 pCt.

Die Kindeslagen waren bei der Aufnahme: 12 mal Scheitellage, 1 mal Stirnlage, 4 mal Beckenendlage, 6 mal Querlage, 1 mal unbestimmt. Die eine Scheitellage wurde später definitiv zu Beckenendlage, die Stirnlage zu Hinterhauptlage, 2 Scheitellagen wurden zu Beckenendlagen durch äussere Wendung. 3 Querlagen gingen über in Beckenendlage, und die unbestimmte Lage endete mit Beckenendlage. In mehreren Fällen wurde die Lage vor dem Abgang des Wassers und bald danach, manuell und durch Binden geändert. — Die Geburt ist gewöhnlich vier Wochen vor der erwarteten Zeit eingeleitet worden. Die Becken waren gewöhnlich einfach platt mit einer Conj. diag.

in 16 Fällen von 9,8—10,5 cm.
„ 4 „ „ 11 cm.
„ 1 Fall „ 12 cm,

während diese bei drei Frauen nicht mit Sicherheit bestimmt werden konnte. Nur bei einer konnte Rachitis constatiert werden. Im ganzen gebaren 9 ohne künstliche Hülfe, während die Operationsfrequenz bei den übrigen 62,5 pCt. betrug, was nach dem Verfasser dahin gedeutet werden muss, dass der Termin zu spät angesetzt war. — Die Anzahl der Todtgeborenen betrug 20,8 pCt. oder, wenn 3 später gestorbene Kinder mitgerechnet werden, 33,3 pCt. — Die Methode war, nach einer einleitenden Behandlung mit Bad, Abführmittel, Vaginaldouche von 45°—50° C., und Saugung an den Brustwarzen, Einführung eines Bougie, sowie ein Paar mal Glycerineinspritzung in den Uterus und Tamponade des Mutterhalses mit Jodoformgaze. 2 mal ist noch ein zweites Bougie eingeführt worden. Die Geburt erfolgte binnen 2 Tagen bei 13, binnen 3 Tagen bei 6, 2 mal wurden die Eihäute von den Bougies hoch oben eingerissen, mit Abgang von Wasser nach $^1/_2$—1 Stunde, Vollendung der Geburt 10 und 25 Stunden später. In einem Falle Wendung und Cephalotripsie. Verfasser sieht den Riss der Häute als keine gleichgültige Sache an und erwähnt Erfahrungen aus der Gebäranstalt zu Christiania, wo in 7 solchen Fällen 3 Früchte abstarben. Verfasser verwirft auch den Blasenstich.

Wenn in der Einleitung gesagt wurde, dass keine Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie in Norwegen bestehe, so sei hier noch erwähnt, dass unsere Hebammen eine eigene Zeitschrift haben:

„Tidsskrift for Jordmödre," die jetzt, von Dr. med. N. A. Quisling redigiert, ihrem zweiten Jahrgang entgegensieht. Manche von den dort erschienenen Aufsätzen können auch von Aerzten mit Nutzen gelesen werden, wenn sie auch, weil für die Hebammen berechnet, in populärer Sprache gehalten sind.

II. Internationaler Congress für Gynaecologie und Geburtshülfe zu Genf.

Vom 31. August bis 5. September 1896.

Bericht, erstattet von Privatdozent Dr. O. Beuttler in Genf.

I. Die Behandlung der Beckeneiterungen.

1. Referat von Bouilly (Paris).

I.

Eine Behandlung der Beckeneiterungen könnte keine fruchtbringende sein, wenn man nicht zuerst ganz genau den Sitz der Eiterung ermittelt haben würde. Von der Erkennung des Sitzes hängt die Wahl der Behandlungsmethode ab.

Die Becken-Abcesse vom Standpunkt einer chirurgischen Intervention aus betrachtet, können folgendermassen klassificiert werden:

a) Abscesse des Zellgewebes, Parametritis, periuterine Phlegmone;
b) Abscesse der Tuben und Ovarien, Pyosalpinx und eitrige Oophoritis;
c) Primäre peritoneale Abscesse, Pelveo-peritonitis; in Eiterung übergegangene Haematocelen;
d) Ausgedehnte Eiterungen, bei welchen diese verschiedenen Organe zu gleicher Zeit Anteil an der Eiterproduktion nehmen oder bei welcher Fisteln auftreten können, die sich nach aussen durch die Haut, oder in die Hohlorgane, oder auf verschiedene Weise zu gleicher Zeit entleeren.

Diese verschiedenen Arten entsprechen im Grossen und Ganzen den uns zu Gesicht kommenden Fällen.

II.

Die Punktion kann heutzutage nur als diagnostisches Mittel in Betracht kommen.

Die drei hauptsächlichsten Behandlungsmethoden der Beckeneiterungen sind folgende:

1. Einfache Incision, mit nachfolgender Drainage, sei es durch die Abdominalwand, sei es per Vaginam.

2. Die Eröffnung oder Entfernung der Eiterherde vermittelst der Laparotomie.

3. Die Eröffnung oder Entfernung der Eiterherde von der Vagina aus, nach vorhergegangener vaginaler Hysterectomie, mit oder ohne Morcellement des Uterus.

4. Man kann als von diesen 3 grossen Methoden herstammend betrachten: a) die Abtragung einseitiger Herde per Vaginam, mit Erhaltung des Uterus und der Adnexe der entgegengesetzten Seite; b) gleichzeitige Abtragung der Adnexe und des Uterus per Laparotomiam.

III.

Die einfache Incision mit nachfolgender Drainage kommt in Frage:

a) bei der Eröffnung akuter Abscesse des Beckenzellgewebes.

Der Sitz der Incision ist gegeben durch die stärkste Vorbuchtung der Eiteransammlung, sei es am Abdomen oder in der Scheide.

b) bei der Eröffnung unkomplicierter Beckeneiterungen puerperalen Ursprungs, abortiven oder gonorrhoischen Ursprungs, akuten oder subakuten Charakters oder herstammend von einer Infektion nach einer Operation;

c) bei der Eröffnung von in Eiterung übergegangenen Haematocelen;

d) Dank einer besseren vaginalen Antisepsis und einer besseren Art der Drainage hat die einfache Incision in der Behandlung der geschlossenen Beckenabscesse, die ihren Sitz in den Adnexen haben, viel an Terrain gewonnen.

In diesen Fällen kann sie dann mit Sicherheit angewendet werden, wenn der Eiterherd einseitig ist, wenn er dünne Wände besitzt, wenn er fluctuiert, wenn er seitlich vom Uterus tief gelegen ist oder durch Druck auf das Abdomen leicht in Kontakt mit der Vaginalwand gebracht werden kann.

Die einfache Incision ist dann am besten indiciert, wenn es sich um akute Eiterungen des Ovarium und der Tube handelt, mit schwerem Allgemeinzustand und wenn die hohe Virulenz des Eiters eine Laparotomie oder eine Hysterectomie contraindiciert.

Diese Operation „des Zuwartens" giebt die besten sofort in die Augen fallenden Resultate und sichert eine definitive Heilung in einer grossen Anzahl von Fällen, von denen man es a priori nicht hätte glauben sollen!

Der Misserfolg der vaginalen Incision, begründet im Verbleiben einer Eiterfistel oder im Wiederauftreten einer Eiterung, schliesst eine spätere Operation in Gestalt der vaginalen Hysterectomie nicht aus.

IV.

Die Laparotomie und die vaginale Hysterectomie, angewendet auf die Beckeneiterungen, sind keine Rivalen; eine jede hat ihre Indikationen und ihre Vorteile.

Die Indikationen der Laparotomie sind beherrscht von der Annahme der Einseitigkeit der Erkrankung. Wenn es sich um eine junge Frau handelt, so kommt immer dann die Laparotomie in Betracht, wenn Zweifel über eine doppelseitige Erkrankung vorliegen; in einem solchen Falle kann man mit dem Gesichtssinn die Kontrolle üben.

Diese gewiss richtige Anschauung, wenn es sich um Adnex-Erkrankungen handelt, verliert einen Teil ihres Wertes, wenn es sich um Eiter-Erkrankungen handelt. Wenn eine Seite Eiterung aufweist, so ist es selten, dass die andere Seite nicht beunruhigende Erkrankungen für die Zukunft zeitigt.

Alle diagnostischen Bestrebungen müssen darauf hinausgehen mit einer absoluten Bestimmtheit den ein- oder doppelseitigen Sitz der Erkrankung zu erkennen.

Jeder Zweifel bezüglich der Erkrankung — Möglichkeit der Anwesenheit einer einfachen Cyste oder eines Dermoides des Ovariums, einer extrauterinen Schwangerschaft — lässt die Laparotomie vorziehen.

Im übrigen wird die Frage im Allgemeinen beeinflusst durch die Erwägung des einseitigen Sitzes der Erkrankung.

In den Fällen von doppelseitiger Erkrankung, bei denen die Indikationen der beiden Operationsverfahren diskutiert werden können, wird die Lage der Eiterherde, seien dieselbe mehr am Uterus oder nach den Scheidengewölben zu gelegen, zu einer wichtigen Entscheidung für den einzuschlagenden Weg.

Die Laparotomie werden die hochgelegenen Eiterherde fordern, die am Uterusgrund oder den Hörnern anliegen, die ziemlich von diesem Organe sowie vom Douglas entfernt sind, wo ferner die Gebärmutter eine gewisse Unabhängigkeit und Beweglichkeit besitzt, die mehr abdominal als im Becken gelegen, die nicht von verdichtetem und induriertem Gewebe umgeben, die nicht die Ursache von wiederkehrenden pelveo-peritonitischen Schüben sind.

Unter solchen Bedingungen können die Eiterherde leicht vermittelst der Laparotomie ausgeschält und gestielt werden. Die im Dunkeln im Verlauf einer vaginalen Hysterectomie stattgehabte Eröffnung kann zu einer akuten peritonealen Infektion Veranlassung geben durch Beschmutzung der Eingeweide, in deren Mitte die Herde liegen, der Eingeweide, die sonst mehr geschützt sind durch eine alte Masse von Adhäsionen.

Ausserhalb dieser Einschränkungen, die auf dem einseitigen Sitz der Erkrankung, auf der Ungewissheit über die Natur der Erkrankung, auf der Lage des Eiterherdes begründet sind, kann die vaginale Hysterectomie angewendet auf die Behandlung der Beckeneiterungen

1. Alles leisten, was die Laparotomie; sie erlaubt die Eitertuben leicht zu entfernen, ebenso die Pyosalpinx und Ovarial-Abscesse;

2. Sie erlaubt die Erkrankungen zu erreichen und zu heilen, gegen welche die Laparotomie ohnmächtig und selbst gefährlich ist.

Sie allein erlaubt die Eiter-Ansammlungen zu öffnen und zu drainiren, die in den Adnexen eingeschlossen sind, welche verschmolzen sind mit benachbarten Theilen oder die von Adhaesionen umgeben sind; die von der Abdominalhöhle durch solides, organisches Gewebe getrennt sind, durch wahre fibröse Massen, für welche die Laparotomie nicht den nöthigen Einblick gewährt, und für welche jeder Versuch einer Enucleation gefährlich ist.

Sie repräsentiert die „Methode der Wahl" bei der Behandlung von grossen, adhärenten Eiterherden, die nicht oder doch auch schwer zu enucleiren sind, mit oder ohne Komplikation einer Fistel.

Besser als jede andere Methode heilt sie die chronischen Eiterungen des Beckenzellgewebes um den Uterus, die der spontanen Oeffnung überlassen wurden, die sehr oft mit Nachbarorganen in Verbindung stehen.

In diesen Fällen muss die Operation fast immer nur darauf hinausgehen dem Eiter Abfluss zu verschaffen. Die Abtragung des Uterus repräsentiert eine Ideal-Drainage, vermöge welcher die Eiterherde sich entleeren.

Wollte man unter solchen Umständen die Exstirpation des Eitersackes vornehmen, so würde man alle Vorteile einer einfachen und gutartigen Operation einbüssen und würde einen der hauptsächlichsten Faktoren der vaginalen Hysterectomie in der Behandlung der Becken-Eiterungen verkennen.

V.

Die unmittelbaren operativen Erfolge der Laparotomie können nicht mehr ein Argument zu Gunsten dieser Methode bilden; das Verhältnis der Erfolge der vaginalen Operation ist in den letzten Jahren deutlich angewachsen.

Die Vorteile der vaginalen Hysterectomie sind die, dass sie sich mit solchen Läsionen beschäftigt, gegen welche die Laparotomie machtlos und selbst gefährlich war.

Angewendet zur Heilung einfacher Fälle, giebt die Hysterectomie ein Verhältniss von Erfolgen, das gleich, wenn nicht besser ist als dasjenige der Laparotomie; angewendet zur Behandlung der schweren Fälle, giebt sie eine bedeutende Zahl von Erfolgen und ist ein relativ ungefährlicher Eingriff.

In der Behandlung der Becken-Eiterungen kann die Abtragung des Uterus nicht vernachlässigt werden, wenn es sich darum handelt einen sofortigen und dauernden Erfolg zu sichern.

Eine gewisse Anzahl von Laparotomisten hat heutzutage diese Nothwendigkeit wieder anerkannt und bewerkstelligt auf dem abdominalen Wege die gleichzeitige Abtragung der Adnexe und des Uterus.

Diese Abtragung sichert erstens eine vollkommene Drainage, deren wunderbare Wirkung die Ursache der grossen Ungefährlichkeit und die extreme Einfachheit der Operationsfolgen nach vaginaler Hysterectomie ist.

Zweitens beugt sie für die Zukunft den Störungen vor, von denen der Uterus, an seiner Stelle gelassen, befallen werden könnte, wie Schmerzen, Metrorrhagien, eitriger Ausfluss, andauernde Infektion oder recidivierende Infektion des Becken-Peritoneums, gegen welche die secundäre vaginale Hysterectomie oft angewendet wurde.

Auch ist die Heilung eine sofortige und sind die Dauerresultate besser.

Allgemeine Störungen, die der Unterdrückung der Menstrualfunktion zuzuschreiben wären, scheinen nach der Abtragung des Uterus mit den Adnexen weniger ausgesprochen zu sein als nach einfacher Abtragung der Adnexe.

Resumierend muss gesagt werden, dass in der weitaus grössten Zahl von Fällen, bei denen die einfache Incision nicht in Betracht kommen kann, die vaginale Hysterectomie die Methode „par excellence" der Behandlung der Becken-Eiterungen bildet und dass die Laparotomie beinahe nur noch auf ihre Contra-indikationen stösst.

---

2. Referat von Howard A. Kelly (Baltimore).

(War nicht persönlich anwesend.)

4 Methoden.
- A. Punctio per vaginam.
- B. Konservative, operative Behandlung.
- C. Einfache Salpingo-Oophorectomie, hie und da vergesellschaftet mit der Abtragung eines Uterushornes.
- D. Hystero-Salpingo-Oophorectomie.

A. Punctio per vaginam.

Fälle, in welchen die vaginale Punktion versucht werden muss, bevor man zur Laparotomie greift:

1. Bei dichten Exsudatmassen, die entweder seitlich oder hinter dem Uterus liegen und die in Verbindung mit dem Scheidengewölbe stehen oder durch Adhäsionen von der Peritonealhöhle abgeschlossen sind;
2. bei Fällen chronischer Entzündung, in welchen eine Fistel im Rectum, in der Blase oder in der vorderen Abdominalwand besteht;
3. bei Hydrosalpinx von einiger Ausdehnung und wenn die Tube von der Vagina aus mit Sicherheit erreicht werden kann;
4. bei abgesackter Pelveo-Peritonitis.

Gründe, warum diese Methode in den angeführten Fällen vorzuziehen ist:

1. Wir haben keine nervösen Störungen zu verzeichnen, wie solche der Hystero-Salpingo-Oophorectomie zur Last zu legen sind;
2. Die Menstrual- und Gebärfunktionen bleiben erhalten;
3. Kurze Bettlägrigkeit, 8 bis 10 Tage.
4. Keine Gefahr die Därme zu verletzen, wie solche sich zeigt bei einer schwierigen Enucleation einer kompakten Adhäsions-Masse des Beckens;
5. Mortalität unter 2%.

Gefahren der Operation:

1. Hämorrhagien.
2. Perforation ins Rectum oder in die Därme (zwei Fälle),
3. Peritonitis, verursacht durch Einfliessen von Eiter in die Peritonealhöhle (kein Fall).

Fälle, in welchen eine komplete Heilung nicht mit Sicherheit zu erwarten ist:

1. Wenn die Abscesshöhle von kompaktem und hartem Gewebe (Cellulitis) umgeben wird, welches das kleine Becken überschreitet und so auf Nerven, Gefässe und Ureteren drückt.
2. Wenn eine ausgesprochene Striktur des Rektum besteht, die von einer Entzündung des umgebenden Gewebes herrührt. Der Abscess kann ausheilen, aber die Striktur kann bleiben und später neuerdings Beschwerden verursachen.

Fälle, in welchen eine Explorativ-Incision nötig wird:

1. Um die kranken Organe genau zu ermitteln und die Diagnose zu stellen, ob eine radikale Operation nicht sichere Heilung bringe.
2. Um zu verhindern, Gedärme zu punktieren, die zwischen Abscess und Scheidengewölbe liegen können.
3. Um die gänzliche Evacuation von Eiter zu ermöglichen, indem mit der Scheere alte Abscesse, lokalisierte Eitersäcke und doppelte Pyosalpingiden eröffnet werden.

Fälle, in welchen die Vaginal-Punktion von grösstem Werte ist:

1. Bei jungen verheirateten oder unverheirateten Frauen; im Falle Mädchen vor erlangter Reife an einer ernsten Erkrankung der Geschlechtsorgane leiden, sollen dieselben nicht abgetragen] werden, bis alle übrigen Mittel fehlgeschlagen haben.

Dahin gehörige Fälle sind Miss Starloff (20 Jahre alt), Miss Kane (19 Jahre alt) und Miss Hoops (17 Jahre alt), die alle sich jetzt der besten Gesundheit erfreuen.

Menses in keiner Weise ungünstig beeinflusst.

Operation.

Untersuchung: Unterscheidung von Fällen, die punktiert werden müssen ohne Explorativ-Incision und solche, die eine solche verlangen.

A. Fälle, in denen eine Probe-Laparotomie in erster Linie nötig ist.

1. Muss zuerst die Vagina gereinigt werden.

2. Der Operateur macht die Probe-Incision und wenn er sich zur Punktion entschliesst, so bringen die Assistenten die Kranke in Steinschnittlage, während die mit der Operation direkt in Berührung kommende Assistenz und der Operateur die Hände steril behalten.

Die Abdominal-Wunde muss geschützt werden durch ein Gazepolster.

3. Der Operateur muss seine Hand absolut aseptisch halten, damit er, wenn notwendig, durch die Abdominalwunde eine bimanuelle Untersuchung vornehmen kann, während eine Hand in die Vagina zu liegen kommt.

Wenn die im Abdomen gewesene Hand mit der Vagina in Kontakt gekommen ist, so soll sie nicht mehr in die Abdominalhöhle gebracht werden, bevor sie tüchtig gereinigt worden ist.

4. Nach Vaginalpunktion schliesst der erste Assistent das Abdomen.

B. Einfache Vaginal-Punktion.

1. Desinfektion der Vagina.

2. Wahl des am meisten zugänglichen Ortes für die Punktion, immerhin mit der Vorsicht, die Uterina, die Ureteren und die Blase nicht zu verletzen.

3. Die Scheere wird auf den Zeigefinger gelegt und so in den Sack vorgeschoben und teilweise offen zurückgezogen.

4. Dilatation, wenn notwendig mit breiten Uterin-Dilatatoren.

5. Die Höhle wird mit sterilisierter Salzlösung ausgespült, wenn aber eine Möglichkeit vorhanden ist, dass die Peritonealhöhle eröffnet worden, so soll die Irrigation unterbleiben.

6. Drainage. { Gaze. / Kautschuckrohr. / Silber-Canüle.

Nachbehandlung.

1. Die Kanüle wird in fünf Tagen entfernt; die Höhle wird mit einer schwachen Lösung von Borsäure oder Wasserstoff-Superoxyd ausgespült, wozu man sich dünner Glaskanülen bedient.

2. Es wird eine neue Kanüle eingeführt oder etwas Gaze, die am Ende des dritten Tages entfernt wird.

3. Die Vagina wird täglich zweimal mit einer Borsäurelösung irrigiert, bis der Ausfluss aufhört.

4. Die Patientin kann am achten Tage aufstehen, wenn die Rekonvalescenz ohne Unterbrechung vor sich geht, im entgegengesetzten Falle soll sie 15 Tage zu Bette bleiben.

Klinischer Verlauf der Fälle.

1. Gelegentlich hohe Temperatur in den ersten Tagen nach der Punktion, wahrscheinlich herrührend von Resorption septischer Massen.

2. Rapider Abfall der Temperatur zur Norm in 3 bis 10 Tagen.

3. Ansteigen der Temperatur, wenn die Punktionsöffnung sich zu schnell schliesst.

4. Der Punktionskanal schliesst sich gewöhnlich in 10 bis 12 Tagen, selten bleibt er offen.

5. In alten Fällen, in welchen eine Fistel mit dem Rectum oder der vorderen Bauchwand kommuniciert, kann es notwendig werden, die Vaginalfistel für zwei bis drei Monate offen zu halten, um dem alten Fistelgang Gelegenheit zur Heilung zu geben.

Resultate.

Geheilt	15
Teilweise gebessert	9
Nicht gebessert	4
Zwei- bis dreimalige Vaginalpunktion	5
Entleerung von typhlitischen Abscessen	1
Wiederaufnahme zum Zwecke einer Radikal-Operation	3
Ohne weitere Nachricht	1
Gestorben	1

Beschaffenheit der Beckenorgane nach Heilung der Kranken.

In einigen Fällen Verschwinden der Adhäsionen, in andern bedeutende Induration.

B. Konservative, operative Behandlung.

1. Befreie die Eitertuben von ihren Adhäsionen, ziehe sie bis in den Douglas und punktiere sie.

2. Excision einer Tube und des Ovariums auf der entgegengesetzten Seite.

C. Einfache Salpingo-Oophorectomie, hie und da verbunden mit der Abtragung eines Uterushornes.

Folgende Fälle:

1. Einfache Pyosalpinx.

2. Einfache Pyosalpinx mit isoliertem Eiterherd im Uterushorn.

D. Hystero-salpingo-oophorectomie.

Folgende Fälle:

1. Doppelte Pyosalpinx für Vaginalpunktion nicht erreichbar.

2. Adhärente doppelte Pyosalpinx, kompliziert durch Metritis und eitrige Endometritis.

3. Beckenabscess vergesellschaftet mit Appendicitis.

4. Beckenabscess vergesellschaftet mit Adhäsionen, die den Dünndarm teilweise obstruieren.

5. Beckenabscess, bei welchem ein Fistelgang in die Flexura sigmoïdea oder in den Dünndarm führt.

6. Beckenabscess vergesellschaftet mit Myomen.

Methode die Hystero-Salpingo-Oophorectomie von links nach rechts auszuführen oder vice-versa.

Vorteile:

1. Grössere Leichtigkeit.

2. Operationsfeld gut zu übersehen.

3. Leichte Entfernung der Tumoren, indem man sie auf der Seite angreift, wo sie am wenigsten angewachsen sind.

4. Gefässe können besser gefasst und unterbunden werden.

5. Keine Abdominal-Drainage.

6. Verschontbleiben von post-operativen Zufällen — Adhäsionen, Peritonitis.

Methode der Drainage durch den Cervicalstumpf.

Cervicalkanal wird ziemlich stark dilatiert und vom Abdomen her ein Stück Gaze durch die Cervix in die Vagina vorgeschoben. Das Peritoneum wird über dem Stumpf durch eine fortlaufende Catgutsutur vereinigt.

Klinischer Verlauf typischer Fälle.

1. Kein Shock.
2. Schnelle Genesung.
3. Verlassen des Bettes in 16 bis 21 Tagen.
4. Keine Harn- oder Rectalfistel.
5. Prolaps des Cervicalstumpfes in einem Falle.
6. Keine Hernie, wenn das Abdomen mit Silber geschlossen wurde.

Resultate.

Fälle aus meiner Klinik im Johns Hopkins Hospital, Baltimore.

---

3. Referat von Sänger (Leipzig).

I. Bei der Vielheit der einzelnen Arten von Beckeneiterungen, der auch eine Vielheit von operativen Behandlungsverfahren entspricht, ist unter den letzteren dasjenige auszuwählen, welches für den einzelnen Fall als das geeignetste und schonendste erscheint.

II. Daher vertritt die deutsche Gynäkologie für die Behandlung der Beckeneiterungen als allgemeine Grundsätze:

1. Strenge Indikationsstellung für jedes operative Einschreiten überhaupt.
2. Möglichst konservatives Vorgehen.
3. Individuelle Auswahl des passendsten Operationsverfahrens auf Grund genauer bakterieller, klinischer und anatomischer Diagnose.

III. Die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie als ausschliessliches oder auch nur überwiegendes Operationsverfahren bei den häufigsten und gynäkologisch wichtigsten Formen von Beckeneiterungen, den eitrigen Erkrankungen der Adnexa Uteri, wird von den Meisten verworfen, konservativeren Operationen und dem abdominalen Operationsweg der Vorzug eingeräumt.

Das so ausgedehnte und verwickelte Thema der Beckeneiterungen ist überhaupt von einem weiteren Gesichtspunkt zu betrachten, als dem einseitigen der Hysterectomie-Frage.

IV. Hervorhebung der Wichtigkeit der Prophylaxe im Allgemeinen.

V. Stellung der abwartenden Behandlung zur operativen.

VI. Specielle Behandlungsverfahren.

1. Gebiet der Punktion. Fast nur bei veralteten Fällen von abgekapseltem freiem Eiter oder solitären Eiteransammlungen in geschlossenen Organteilen. Aussicht auf Erfolg nur vorhanden bei sterilem Eiter. Ausführung nur erlaubt, wenn der Eiterherd ohne Kreuzung der freien Beckenbauchhöhle erreichbar ist.

2. Gebiet der Incision:

a) die extraperitonealen Eiteransammlungen.

Beschränkung auf wirkliche Eiterherde. Verhalten des Ureters und dessen Berücksichtigung.

Die Prophylaxe und Frühbehandlung der pelvi-phlegmonösen Exsudate im Wochenbett, auf deren ausserordentliche Häufigkeit aus den residualen Narben geschlossen werden kann, verdient grössere Beachtung.

b) die intraperitonealen Eiteransammlungen.

Die Operation kann als Colpo-Coeliotomia simplex (meist posterior) aufgefasst und durchgeführt werden.

Einfachste Technik: Durchtrennung der Scheide mit Thermokauter, stumpfe Eröffnung des Eiterherdes mittelst Kornzange; keine Ausspülung, keine Einstopfung von Gaze unmittelbar nachher, sondern erst in der Nachbehandlung.

Zur Erweiterung der Oeffnung kann die Medianspaltung der hinteren Cervixwand sowie die Resection des Uterus (Th. Landau) herangezogen werden.

Intraperitonale anteuterine Eiterherde sind durch Colpo-coeliotomia ant. simplex von mir in 2 Fällen, von Prochownick (laut Fragebogen) in 6 Fällen eröffnet worden.

Die „Incision" kommt vorwiegend in Betracht bei chronischen, solitären Eiteransammlungen mit meist sterilem Eiter; eventuell im Anschluss an eine orientierende Coeliotomie; dann bei Eiterungen nach unvollständiger vaginaler Radicaloperation.

Von akuten Fällen kommen in Betracht: freie Eiterungen im Douglasschen Raum, verjauchte Haematocelen, doch nur, wenn bei letzteren zugleich Erscheinungen allgemeiner Peritonitis bestehen, sonst Entfernung des Fruchtsackes durch Coeliotomie.

Die breite Incision des Douglas sowie der Parametrien bei Pelvi-peritonitis und Parametritis septica puerperalis acuta (Henrotin, Jacobs) ist noch unerprobt.

Gegenüber der heute nicht mehr gültigen alleinigen Hysterectomie bei Beckeneiterungen (Péan's „Castration utérine"), gegenüber der nicht immer durchführbaren Entfernung geschlossener Eitersäcke durch die vaginale Radicaloperation kann eine energischere höher gehende vaginale Eröffnung der Eiterhöhlen mit Erhaltung des Uterus, vergleichbar der Eröffnung multipler Nierenabscesse gegenüber der Nephrektomie, Anwendung und weitere Ausbildung erfahren.

H. A. Kelly übte dieses Verfahren unter gleichzeitiger Kontrolle des von der Scheide her arbeitenden Fingers durch das Auge, von der abdominal eröffneten Bauchhöhle her.

c) Grössere geschwulstartige Eiteransammlungen im Abdomen und vereiterte Geschwülste verlangen immer die Coeliotomie. Für abgekapselte Herde von eitriger (und tuberkulöser) Peritonitis genügt die einfache Coeliotomie und Drainage, wofern die Adnexe, oder andere vereiterte Organe nicht noch besonders wegzunehmen sind.

Vereiterte Organe (aussergewöhnlich grosse tubare und ovarielle Eitersäcke, vereiterte tubare und tubo-abdominale etc. Fruchtsäcke, vereiterte Ovarialcysten etc.) sollen vollständig entfernt werden.

Blosse Incision der Eitersäcke bei ein- oder zweizeitigem Vorgehen soll auf Fälle der Noth beschränkt werden.

Ein Mittelverfahren besteht in Vernähung des entleerten Eitersackes in der Bauchhöhle mit Drainage nach der Scheide (A. Martin).

3. Die Schwierigkeit für eine mit Eröffnung der Peritonealhöhle verknüpfte operative Behandlung der eitrigen Adnexenerkrankungen ist neuerdings dadurch weiter gesteigert worden, dass die Anzahl der zur Wahl stehenden Operationswege und Operationsmethoden eine grössere geworden ist.

Einteilung der Verfahren:

I. Vaginale:

1. Colpo-coeliotomia ant. (Dührssen, A. Martin u. A.),
2. Colpo-coeliotomia post. (Atlee, Hegar, Battey, Byford, Laroyenne, L. Landau, Mackenrodt, u. A.),
3. Colpo-coeliotomia ant. und post. (Bode, von Erlach, Gottschalk), sämtlich mit Salpingo-Oophorectomia uni- oder bilateralis
4. Colpo-Hysterectomia („Castration utérine", Péan).
5. Colpo-Hystero-Salpingo-Oophorectomia. „Vaginale Radikaloperation", Péan, Segond, Doyen, L. Landau).

II. Abdominale.

1. Coelio-Salpingectomia und Coelio-Salpingo-Oophorectomia uni-s. bilateralis.
2. Coelio-Salpingo-Oophorectomia bilateralis mit Hysterectomia supravaginalis (Zweifel, H. A. Kelly, Sänger).
3. Coelio-Salpingo-Oophoro-Hysterectomia totalis, „Abdominale Radicaloperation" (Krug, Polk, Delagénière, Schauta, Bardenheuer, u. A.)

III. Hystero-Salpingo-Oophorectomia abdomino-vaginalis, meist als vaginale begonnen, als abdominale vollendet. (L. Landau).

IV. Coeliotomia sacralis s. parasacralis (Hegar, v. Hohenegg, Czerny, Schede u. A.)

Nur von Wenigen und in wenigen Fällen geübt.

Eine abgestufte Reihe vaginaler Operationen steht also einer ebensolchen abdominaler Operationen gegenüber und beide Reihen schreiten von konservativen zu radikalen Eingriffen fort.

Es ist das eine gegen die Lage der Dinge von 1892, wo die damals noch nicht zur „vaginalen Radikaloperation" ausgebildete vaginale Hysterektomie nur der abdominalen Salpingo-Oophorectomie gegenüberstand, wesentlich veränderte Sachlage.

Sowohl die vaginalen wie die abdominalen konservativen Operationsverfahren haben ihre Wurzel in der Erkenntnis der schwer wiegenden Bedeutung einer vorzeitigen Beraubung der Keimdrüsen, bez. der ganzen inneren Geschlechtsteile, besonders für jüngere Personen.

Die Behandlung der dadurch bedingten „Ausfallerscheinungen" („Cachexia oophoripriva" — L. Landau) nach Brown-Séquard'schen Grundsätzen mit Fütterung oder intracutaner Einverleibung von tierischem Eierstockgewebe ist erst im Stadium des Versuches.

Jedenfalls ist es besser von den Ovarien und dem Uterus zu erhalten, was zu erhalten geht, anstatt später Ovarial- und Uterussubstanz — auch diese ist bereits im Handel erschienen, — zu füttern.

„Parce Ovario et Utero, si possis!"

Demgemäss sind schon ziemlich viele Fälle veröffentlicht worden, wo vereiterte Adnexa uni- oder bilateral durch die Colpo-Coeliotomia ant. und posterior entfernt wurden.

Für die Colpo-Coeliotomia anterior wurden mir ausser den veröffentlichten Fällen von Dührssen, Kossmann, Riedinger noch durch Fragebogen mitgeteilt Fälle von Bode, Czempin, v. Erlach, A. Martin, Präger, Prochownick, Simon.

Für die Colpo-Coeliotomia posterior, welche neuerdings einen besonderen Aufschwung nimmt, hat Goullioud aus der Klinik von Laroyenne schon auf dem Brüsseler Kongress Fälle veröffentlicht, sowie in jüngster Zeit Mackenrodt.

Weitere Fälle wurden mir durch Fragebogen mitgeteilte von Bode, Czempin, Everke, Günther, Kötschau, Leopold, Löhlein, Meinert, Michelsen, Prochownick, Simon, Wehmer.

Aber auch die radikalen Operationen haben ihre volle Berechtigung, wo sie durch die Schwere der Erkrankung aller zur Wegnahme kommenden Teile begründet sind.

Daher ist vor Allem die vaginale Exstirpation des sonst normalen Uterus lediglich als Vorakt, um zu den Adnexen zu gelangen, zu verwerfen.

Der „nutzlose Uterus", der Uterus eine „quantité négligeable" — sind bedenkliche Schlagworte.

Eine, sei es vaginale, sei es abdominale Radikaloperation ist nicht gerechtfertigt: bei Salpingitis purulenta uni-s. bilateralis mit noch offenem Ostium abdominale; bei den leichteren Fällen von Sactosalpinx purulenta, von Pyovarium; bei chronischen eiterfreien Adnexerkrankungen; bei einfachen chronischen Entzündungen des Uterus (Endometritis hyperplastica, E. gonorrhoica chron., Perimetritis chron.) Besser ein noch menstruierender, selbst leicht kranker und noch weiter zu behandelnder, als gar kein Uterus; — Dagegen ist eine Radikaloperation gerechtfertigt bei schweren eitrigen Erkrankungen der Adnexa, des Beckenbauchfells, des Beckenbindegewebes kombiniert mit schweren Erkrankungen des Uterus, welche auch an sich dessen Entfernung indicieren (Myome, Carcinome, Sarcome; gutartige Erkrankungen des Endometrium mit schweren Blutungen) oder bei Uebergreifen der eitrigen Adnexerkrankung auf den Uterus, wie auch bei Tuberkulose.

Gerade der „complicierte Beckenabcess" L. Landau's, d. i. gleichzeitige und doppelseitige Pyosalpinx und Pyovarium mit Eiterheerden in der Beckenbauchhöhle und im Beckenbindegewebe ist sehr selten. Meist handelt es sich auch in den schwersten Fällen von Pyo-sactosalpinx und Pyovarium nur um deren Einhüllung in Exsudatmassen: Eiterung im Beckenbindegewebe wird meist nur vorgetäuscht durch multiple Eiterherde im Ovarium und pseudo-intraligamentären Sitz (Pawlik) desselben.

Auch das Alter der zu Operierenden ist zu berücksichtigen: je näher der Climax um so mehr ist man zu einer Radikaloperation berechtigt.

4. Der Hauptzankapfel in der Behandlung der Beckeneiterungen, speziell der eiterigen Adnexerkrankungen, ist noch immer der Widerstreit zwischen vaginaler Radikaloperation einerseits, abdominaler Salpingo-Oophorectomie und neuerdings abdominaler Totalextirpation andererseits.

Es besteht ein doppelter Gegensatz:

a) in der Frage der vaginalen Radikaloperation selbst und ihres Bereiches, sowie

b) in der Frage der Anwendung von Klemmen statt Ligaturen.

Bei Vergleich der heutigen Lage in Deutschland mit der von 1892, ergiebt sich eine etwas stärkere Hinneigung zu den Radikaloperationen, aber bei unverminderter Vorliebe für das Ligaturverfahren.

Die grosse Mehrzahl der Operateure ist der abdominalen Salpingo-Oophorectomie und für die fakultativ geübte vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie den Ligaturen treu geblieben, doch in vollster Anerkennung des grossen Verdienstes, das sich der geniale Péan durch Inaugurierung der vaginalen Radikaloperation bei Beckeneiterungen mit Hülfe des ihm eigenen Klemmverfahrens erworben hat.

Auch in Deutschland haben die Leistungen der Schüler und Adepten Péan's, Segond, Richelot, Jacobs etc., vollste Würdigung gefunden und hat man auch mit den wesentlichsten Modifikationen des ursprünglichen Péan'schen Verfahrens: der vorderen Medianspaltung des sonst nicht morcellierten Uterus sammt prinzipieller Aufgabe der präventiven Blutstillung — nach Doyen; der medianen Totalspaltung des Uterus — nach P. Müller-Quénu wohl Nutzen gezogen.

Trotzdem aber bei uns in L. Landau und seiner Schule in zielbewusster Weise und mit glänzenden Erfolgen ein unermüdlicher Vertreter des Péan'schen Verfahrens und seiner Modifikationen, besonders desjenigen von Doyen, erstanden ist, so üben doch die deutschen Operateure die vaginale Hysterectomie und vaginale Radikaloperation auch jetzt noch nur fakultativ und nur ausnahmsweise mit Klemmen, greifen sie auch die schwersten Fälle von Beckeneiterungen noch immer überwiegend durch den Bauchschnitt an.

Zu diesem Ausspruch berechtigen mich auch die Listen von über 60 Fragebogen, welche ich herumgeschickt hatte, um zu erfahren, in welchem Umfang seitens der deutschen Gynäkologen auf diesem Gebiete, sei es der abdominale, sei es der vaginale Weg, eingeschlagen wird.

Gar nicht ausgeführt wurde die vaginale Hysterectomie etc. von folgenden 25 Operateuren: Dohrn, Eckhardt, Ehrendorfer, Fehling, E. Fraenkel, Frommel, Gottschalk, Graefe, Gusserow, Kehrer, Keller, Klein, Kümmell, Osterloh, Präger, Runge, Schramm (verwendet sonst Klemmen für die Hysterectomie), Schuchardt Simon, Staude, Stumpf, Walcher, Wiedow, v. Winckel, Zweifel.

Alle übrigen übten die vaginale Hysterectomie etc. nur facultativ und fast ausschliesslich mit Ligaturen, was gleichbedeutend damit ist, dass sie gerade die schwersten Fälle, wo man ohne Klemmen nicht auskommt, nicht auf vaginalem Wege angegriffen haben. So wird denn auch von Einzelnen betont, dass sie nur vaginal operierten, wenn keine oder nur geringe Verwachsungen zu erwarten waren. Andere berichteten nur über einen oder nur ein paar Fälle. Ich muss auch annehmen, dass so und so Viele, welche Einträge machten, nicht bei eitrigen, sondern bei chronischen, nicht eitrigen Adnexerkrankungen operirten. Einzelne schritten nothgedrungen zur Hysterectomie, nachdem sie mit einer Colpo-Coelio-Salpingo-Oophorectomie begonnen hatten.

Nur mit Ligaturen operierten: Asch (wenige Fälle), Bode, Czerny, Everke, v. Erlach, Guenther, Kötschau, Leopold (in Deutsch-

land als Erster), Löhlein, A. Martin, Meinert, Mermann (1. Fall), Michelsen, Schauta (nur probeweise Klemmen), Thorn, Werth.

Klemmen und Ligaturen abwechselnd verwendeten: Baumm, Bumm, Hofmeier, Küstner, Prochownick, v. Rosthorn, Wehmer.

Fast alle bevorzugen dabei die Ligaturen. Nur Prochownick verwendete „bei eitrigen Erkrankungen vorwiegend Klemmen."

Mit Klemmen allein operierten: Czempin (seit 3/4 Jahren, nur Fälle, „wobei keine starken Darmverwachsungen zu erwarten sind), Pfannenstiel (2 Fälle), Döderlein (4 Fälle, vorher 58 abdominale Salpingo-Oophorectomien).

Nur 5 Operateure haben sich neuerdings der vaginalen Radikaloperation zugewandt: Bode, Bumm, Döderlein, Schauta, Werth und unter diesen ist Döderlein der Einzige, welcher in seinen 4 Fällen nur Klemmen verwendete.

Bumm und Schauta hatten besonders im Auge den gonorrhoischen Uterus mitzuentfernen.

Ich selbst habe seit November 1893 44 mal die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salpingo-Oophorectomie mittels Péan's Klemmverfahren, doch überwiegend nach Doyen ausgeführt aus den verschiedensten Indicationen, hierunter aber nur wenige Fälle von Beckeneiterungen und chronischen Adnexerkrankungen, aber ich bin neuerdings doch wieder zur fakultativen Anwendung von Ligaturen zurückgekehrt, wie bezeichnender Weise auch Jacobs, und habe in gleichem Zeitraum in 36 Fällen von Beckeneiterungen abdominal operiert und alle Fälle zur Heilung gebracht.

Die Haupteinwände gegen die vaginale Hysterectomie und Hystero-Salgingo-Oophorectomie bei Beckeneiterungen sind die gleichen wie früher: Beginn der Operation mit dem Uterus statt den kranken Adnexen, Unmöglichkeit einer Abstufung der operativen Eingriffe im konservativen Sinne, Unübersichtlichkeit des Operationsgebietes, Unbemerktbleiben anderer Eiterheerde (Appendictis!), Unmöglichkeit in allen Fällen wirklich radikal vorzugehen, grössere Gefahr von Nebenverletzungen, namentlich des Darmes, Gefahr der Blutung bei Versagen der Klemmen, etc.

Die Haupteinwände gegen die Klemmen sind: Die beschwerdevolle Lage der Kranken nach der Operation, Nachblutung, Schädigung der Därme, Infektionsgefahr durch die necroisierenden Stümpfe, vor Allem der nothgedrungene Nichtverschluss der Bauchhöhle.

Allerdings ist dies ein Einwand, der gerade bei Beckeneiterungen weniger in Betracht kommt, da hier die Beckenbauchhöhle gegen die übrige Bauchhöhle abgekapselt sein und eben das Offenbleiben mit zum Programm gehören kann.

Bei leichteren eitrigen Erkrankungen der Adnexa, wo kein freier Eiter angetroffen wnrde und die Eitersäcke nicht platzten, kann natürlich die Bauchhöhle geschlossen werden. Darauf wird, seit Kaltenbach und Olshausen den Nahtverschluss einführten, bei uns das grösste Gewicht gelegt (s. Olshausen's Vortrag auf dem Deutschen Chirurgenkongress 1896), und das ist der Hauptgrund, weshalb die deutschen Gynäkologen die Ligaturen bevorzugen.

Wird aber die vaginale Radikaloperation bei schwersten, doppelseitigen Adnexvereiterungen und „komplizierten Beckenabscessen" als Operation der Wahl ausgeführt, so ist allerdings die Verwendung von Klemmen entschieden leichter und bequemer, ist das Offenbleiben der Beckenbauchhöhle eine Nothwendigkeit.

Zu Gunsten der Beibehaltung des abdominalen Operationsweges lässt sich weiter ausführen, dass die Technik der abdominalen Operationen gleichfalls erhebliche weitere Ausbildung mit Verringerung ihrer Gefahren durchgemacht hat:

a) durch die Asepsis;
b) durch die Aethernarkose;
c) durch die Trendelenburg'sche Hochlagerung;
d) durch die Gaze-Drainage;
e) durch Verbesserung der Bauchnaht.

5. Dies führte dann auch zu einem noch radikaleren Eingriff als es die vaginale Radikaloperation ist, zur abdominalen Radikaloperation.

Sie ist der Gipfel radikalen Vorgehens und ist gegründet einesteils auf die abdominale Totalextirpation des myomatösen Uterus (Bardenheuer, A. Martin, Krug, Polk, Penrose, Baldy und zahlreiche andere, be-

sonders amerikanische Operateure), andernteils auf den Nachweis, dass von dem nach abdominaler Salpingo-Oophorectomie zurückbleibenden Uterus, den Ligamentstümpfen, Ligaturen, Folgezustände und Beschwerden ausgehen können, welche vielfach eine Dauerheilung hintanhalten (Chrobak, Schauta) und später zur nachträglichen vaginalen Entfernung des Uterus nöthigen können.

Die Operation ist bei Beckeneiterungen am häufigsten von amerikanischen Operateuren ausgeführt worden (v. die Liste von Clinton Cushing in Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. I, 6).

Dann berichtete Schauta auf dem VI. Deutschen Gynäkologenkongress in Wien (1895) über 30 Fälle mit 2 Todesfällen. Neuerdings übt aber Schauta, laut Mitteilung von Wertheim an mich, wieder durchweg die vaginale Radikaloperation.

Aus meinem Fragebogen ergiebt sich, dass zahlreiche deutsche Gynäkologen fakultativ, doch nur in einzelnen Fällen und auf besondere Indikation, meist Myoma Uteri, theils die Coelio-Hysterectomia supravaginalis teils die C.-H. totalis bei eitrigen Adnexoperationen vornahmen. Auch ich gehöre zu diesen.

Speziell ist die abdominale Radikaloperation gemacht worden von Czempin (5 Fälle 3 +), Döderlein (2 Fälle), Everke (zahlreiche Fälle) v. Rosthorn.

In letzter Zeit liess Bardenheuer durch seinen Assistenten Bliesener eine grössere Abhandlung veröffentlichen (Monatsschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. III, 5. 6, Bd. IV, 1) worin die konkurrierenden Operationsverfahren in erschöpfender Weise kritisch beleuchtet werden.

Bericht über 40 Operationen mit 2 Todesfällen. Laut Bescheid auf meinen Fragebogen ist deren Zahl inzwischen auf 56 Fälle gestiegen mit 3 Verlusten.

Die technischen Haupteigenthümlichkeiten des Verfahrens von Bardenheuer bestehen darin, dass die Adnexa vom vorderen Blatt des Ligamentum lat. her angegriffen werden, sowie dass durch Heranziehung und Vernähung von Resten der Lig. lata., des S. romanum, Appendices epiploicæ etc. ein peritoneales Septum hergestellt wird, welches die mit Gaze ausgestopfte Beckenwundhöhle von der übrigen Bauchhöhle trennt.

Auf einen Schluss des Peritonealloches wird also im Vornherein verzichtet und die einfache Gazeausstopfung beschuldigt, dass sie Verwachsungen mit den Eingeweiden im Gefolge habe. Ganz unzweifelhaft muss dies aber auch bei diesem peritonealen Septum sowohl nach oben wie nach unten vor sich gehen.

Die Verläufe nach der schweren und verwickelten Bardenheuer'chen Operation waren denn auch äusserst langwierig, wie schon aus dem durchschnittlichen Hospitalaufenthalt von $10^1/_2$ Wochen hervorgeht, und erforderten mehrfach Neben- und Nachoperationen eingreifender Art.

Mag in Bezug auf Radikalismus die vaginale Radikaloperation hinter der abdominalen zurückstehen, so ist sie doch ein weitaus leichterer und weniger gefährlicher Eingriff und als Operation der Wahl ihr vorzuziehen.

Auch in weniger eingreifender Ausführung wird die abdominale Radikaloperation nur ein Ausnahmeverfahren bleiben für solche Fälle, wo sie um des schwer miterkrankten Uterus Willen vorzunehmen ist.

6. Die Salpingo-Oophorectomia bilateralis kann aber noch mit einer anderen, milderen, abdominalen Radikaloperation combinirt werden, der Hysterectomia supravaginalis oder queren Amputation des Corpus Uteri, welche, soweit ich sehe, bei Adnexeiterungen am häufigsten von H. A. Kelly angewandt worden ist. Ausser mir selbst haben noch Bode und Pfannenstiel mir Fälle gemeldet.

In ihrer Ausführung mittels fortlaufender Partieenligatur nach Zweifel, die auch mir bei Myomen vorzügliche Resultate geleistet hat, ist sie kaum als Komplikation zu erachten, da sie auch die Stumpfverhältnisse der Ligamente vereinfacht.

Wo konservative Erwägungen nicht entgegenstehen, würde diese Coelio-Salpingo-Oophoro-Hysterectomie supravaginalis allen Anforderungen an eine abdominale und doch wenig eingreifende Radikaloperation am besten entsprechen. — Sie lässt sich sogar unter Zurücklassung von Ovarialgewebe durchführen (Zweifel).

VII. Die Frage der Drainage.

Begründung ihrer Unentbehrlichkeit für die abdominalen Operationen.

Indikationen:

1. Wenn Eiter auf die operierende Hand sowie in vorher eiterfreie Räume der Bauchhöhle gelangte und klinisch wie bakterologisch anzunehmen ist, dass dieser Eiter virulent und für die freie Bauchhöhle gefährlich sein könne.

2. Wenn Blutungen nicht sicher gestillt, die Kleinbeckenhöhle nicht völlig trocken gelegt werden kann, zumal wenn zugleich virulenter Eiter ausgelaufen war.

3. Bei schon vor der Operation vorhandener Fistelbildung und bei während der Operation entstandenen oder befürchteten bezw. drohenden Durchlochungen von Nachbarorganen (besonders S.-romanum und Rectum), auch dann, wenn die Fisteln bez. Einrisse durch die Naht geschlossen wurden.

Darmfisteln und Darmverletzungen sind überhaupt nur durch Coeliotomie anzugreifen und zu heilen. (S. Näheres bei Sänger, C. f. G. 1895. 47 und A. v. Dittel, C. f. G. 1896. 3).

In technischer Beziehung Bevorzugung der Tampon-Drainage nach Miculicz.

Sie wurde von mir, seit ich von der kombinierten Glasröhren-Gaze-Drainage zu ihr überging (1892), unter 42 Fällen von Beckeneiterungen 13 Mal angewendet mit 1 Todesfall unmittelbar nach der Operation eines besonders complicierten und ungünstigen Falles.

Abwägung ihrer Vorteile und Nachteile.

Gegenüber Bardenheuer-Bliesener sei besonders hervorgehoben, dass niemals, auch nicht in anderen Fällen von Miculicz-Drainage, Darmobstruction bez. Ileus beobachtet wurde.

Die von Vielen (von Einzelnen, wie Döderlein, in jedem dritten Fall) angewandte und bevorzugte abdomino-vaginale Gaze-Drainage durch Douglas und Scheide leistet keine so vollkommene Ableitung der Sekrete und Abkapselung von der übrigen Bauchhöhle, es sei denn, dass darüber noch ein peritoneales Septum gebildet wurde, (v. Ott, Zweifel u. A.), und ist für Darmverletzungen, wobei Darminhalt gewöhnlich erst nach einer Reihe von Tagen austritt, nicht ausreichend, da Kothabscesse drohen. Die Herstellung der Drainage-Oeffnung nach der Scheide kann auch bei breiter Verwachsung des S.-romanum mit Uterus und Douglas Schwierigkeiten bereiten.

Mit der Miculicz-Drainage, der auch u. A. Pozzi treu geblieben ist, in Bereitschaft kann man an die schwierigsten abdominalen Operationen ruhig herangehen: weder Blutung, noch Eiteraustritt, noch Nebenverletzungen, namentlich des Darmes, hat man zu scheuen: man kann auf das Radikalste vorgehen und bleibt immer Herr der Lage mit geringerer Sorge für den weiteren Verlauf, wie sie derjenige empfinden muss, der es wagt in solchen Fällen die Bauchhöhle zu schliessen, oder nur unvollkommen zu drainiren.

VIII. Ergebnisse.

Eigene Resultate: Seit meinem letzten Bericht auf dem V. Deutschen Gynäkologen-Kongress in Breslau (Mai 1893) habe ich in 36 Fällen von durchweg schweren Beckeneiterungen die Coeliotomie ausgeführt, 1 mal mit abdominaler Totalexstirpation, 1 mal mit querer supravaginaler Amputation des Uterus, 11 mal mit Drainage nach Miculicz.

Sämmtliche Fälle sind genesen.

(Näheres im Hauptbericht.)

Die mir zugegangenen Fragebogen sind gerade in Bezug auf Statistik lückenhaft, so dass ich hier darauf verzichte, Einzelergebnisse anzuführen. Die zur Veröffentlichung gekommenen Statistiken von Segond, Richelot, Jacobs, L. Landau u. A. für die vaginale Hysterectomie, von Chrobak, Schauta, Zweifel, A. Martin, mir u. A. für die Coelio-Salpingo-Oophorectomie, von Clinton-Cushing, Bliesener für die abdominale Radicaloperation, die vergleichende Statistik von Max Landau (Klinik von Jacobs) — ergeben im Grunde so geringe Differenzen, dass sich aus den Zahlen allein — wie oft giebt ein einziger Fall den Ausschlag?! — weder nach der einen noch nach der andern Richtung etwas beweisen lässt.

Eine Ueberlegenheit der vaginalen Hysterectomie gegenüber den abdominalen Operationen (mit Ausnahme der abdominalen Radikaloperation) lässt sich auf keinen Fall konstatieren.

Die Zahlen der glücklichsten Operateure sind für beide Operationswege unübertreffliche, zeigen aber dennoch eine Ueberlegenheit zu Gunsten des abdominalen Operationsweges.

Wenn L. Landau in Wien (1895) über 109 vaginale Radikaloperationen mit 1 Operationstodesfall berichten konnte — in seiner neuesten Monographie ist keine weitere Statistik enthalten —, so teilte Zweifel in der Sitzung der Ges. f. Gebh. zu Leipzig, Dez. 1895 mit, dass er auf 216 abdominale Adnexoperationen nur 2 Todesfälle gehabt habe.

Schluss.

Die Anhänger der verschiedenen Operationswege sollten sich nicht darauf steifen sich einander bekehren und nur auf ihr Verfahren verpflichten zu wollen. Sie haben alle ihre Berechtigung und gilt es heute mehr zu entscheiden, für welchen speciellen Fall unter den zur Auswahl stehenden Methoden die jeweils Gewählte auch die beste sei.

Möge Jeder in gegenseitiger Achtung der Konkurrenzverfahren das von ihm bevorzugte weiter kultivieren, so wird, wenn dies allseitig geschieht, der Fortschritt auch ein allseitiger sein.

Die Zeit ist vorüber, dass nur ein Verfahren von sich behaupten kann allein im Besitz der Wahrheit zu sein.

Bouilly und Sänger begründen in ausführlicher Darlegung, deren Wortlaut in den Verhandlungen des Kongresses erscheinen wird, ihre Referate, wobei der Letztere auf Bouilly, Kelly und Henrotin besonders Bezug nimmt.

Discussion und zugehörige Einzelvorträge.

Henrotin, welcher an Kelly's Statt und als Vertreter Amerikas nach Bouilly sprach:

Von allen Beckeneiterungen sind 90 pCt. ohne Exstirpation der Beckenorgane heilbar; die vaginale Incision soll sofort ausgeführt werden, sobald Eiter nachweisbar ist; hierauf Drainage mit Gaze, Curettement des Uterus.

Hat man durch das eröffnete hintere Scheidengewölbe eine Eiteransammlung zwischen Blase und Uterus konstatiert, so soll man auch das vordere Scheidengewölbe eröffnen. Adhaesionen müssen zerrissen werden. Kann man in den ersten Wochen der Erkrankung operieren, so bleibt gewöhnlich eine schnelle Heilung nicht aus.

Die vaginale Incision kann auch zur Heilung chronischer Erkrankungen, wie die einer Pyosalpinx, in Anwendung gezogen werden.

H. empfiehlt für beschränkte, einseitige Salpingitiden oder für Pyosalpinx die Exstirpation per laparotomiam; ferner bei bitaleraler Salpingitis und zahlreichen Verwachsungen mit der Umgebung die bilaterale Castration von der Vagina her.

Die vaginale Hystero-Salpingo-Oophorectomie reserviert H. für multiple, ausgedehnte, pelveoperitonische Abscesse.

Sänger (Leipzig). Nachdem S. den Vortrag von Henrotin mit angehört, hält er folgenden Passus nicht mehr absolut aufrecht:

„Die breite Incision des Douglas sowie der Parametrien bei Pelvi-peritonitis und Parametritis septica puerperalis acuta (Henrotin, Jacobs) ist noch unerprobt."

Immerhin glaubt S., dass Incisionen in der 3.—4. Woche nur ausnahmsweise nöthig seien, da Patientinnen mit Beckeneiterungen in dieser Zeit nicht mehr so sehr gefährdet seien. Er möchte wissen, ob sich Henrotin's vaginale Incisionen auch in Fällen von Sepsis bewähren, in welchen die Kranken sonst zwischen am 5. bis 9. Tage der Erkrankung zu sterben pflegen.

Richelot (Paris). Jede der 3 Methoden: 1. Incision, 2. Laparotomie, 3. vaginale Hysterectomie, hat ihre Vorzüge.

Die einfache Incision ist angebracht bei acuten und frischen, dünnwandigen Eiterherden, die im Puerperium entstanden sind.

Die Laparotomie ist indiciert bei jungen Frauen mit voraussichtlich unilateraler Erkrankung, um die Adnexe der einen Seite zu retten.

Nachteilig für die Prognose der Laparotomie sind:

a) virulenter Tubeneiter,
b) vielfache Adhaesionen mit Dünndarmschlingen,
c) der im Abdomen zurückbleibende inficierte Uterus.

Die vaginale Hysterectomie hat eine relativ gute Prognose. R. hat 4,5 pCt. Mortalität. Die 3 Referenten ergänzen sich gegenseitig.

Hartmann (Paris) ist für konservatives Vorgehen.

Er hat Heilung gesehen

1. durch medicamentöse Behandlung,
2. durch Dilatation des Cervicalkanals und Curettement.

Für die Fälle, die nicht konservativ behandelt werden können, hält H. die Laparotomie für angezeigt.

Péan (Paris). Die Hysterectomia vaginalis hält er für nicht gefährlich; unter 350 Fällen hat er nur 3 pCt. unmittelbare Todesfälle. Trägt man nur die erkrankten Adnexe ab, so muss nicht selten (31 mal) nach einigen Monaten der Uterus doch noch entfernt werden.

Zur Beurteilung des wirklichen Wertes der verschiedenen Operationsverfahren sind die Dauererfolge massgebend.

Delagénière (Le Mans). Man muss bezüglich der Auswahl der Operationen individualisieren; oft muss man eine erste Operation durch eine zweite und dritte ergänzen.

D. bevorzugt die abdominale Totalexstirpation vor der vaginalen.

Es entspinnt dann sich zwischen Doyen und Péan ein heftiger Prioritätsstreit bezüglich der Hystero-Salpingo-Oophorectomie.

Doyen erkennt drei konkurrierende Methoden:

1. Die vaginale Hysterectomie.
2. Die doppelseitige Castration der Tuben und Ovarien per laparotomiam und
3. die einfache Incision der Eiterherde.

Ad 1 scheint eine Heilung sicherer, wenn man die totale Castration ausführt, d. h. wenn man mit den Ovarien und Tuben auch den Uterus entfernt.

Ad 2. Die Laparotomie ist immer dann indiciert, wenn sich voluminöse adnexielle Tumoren vorfinden, die bis zum oder über den Nabel reichen und besonders in den Fällen, in welchen eine Tuberculose wahrscheinlich ist.

Ad. 3. Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes und Abtastung der hinteren Uteruswand; Eiterherde werden mit dem Finger eröffnet.

Laroyenne (Lyon) tritt für die Punktion bez. Incision von der Vagina aus in die Schranken. Dieses Verfahren gab L. gute Resultate, sowohl bei einkammerigen Eitersäcken als auch bei mehrkammerigen. Zuerst wird der tiefst gelegene Eitersack eröffnet; stellt sich ein zweiter ein, so wird dieser dann zuerst entleert. Uebt man auf das Hypogastrium einen starken Druck, so können selbst hoch gelegene Pyosalpinxsäcke von der Vagina her erreicht werden.

Leopold (Dresden) schliesst sich im Allgemeinen den Ansichten Sänger's an. Kleine einseitige und auch bisweilen doppelseitige Adnexerkrankungen werden per laparotomiam in Angriff genommen. Mortalität 1—2%.

Die vaginale Hysterectomie möchte L. für jene Fälle reserviert wissen, bei welchen durch lang andauernde Entzündungen der Uterus und die Adnexe fest mit den benachbarten Organen verwachsen sind (Rectum). In solchen schweren Fällen von chronischer Beckeneiterung hat L. 57mal die vaginale Hysterectomie mit nur einem Todesfalle ausgeführt. Dabei bediente sich Leopold immer der Ligatur. Keine Verletzung der Nachbarorgane. L. operiert in folgender Weise: Ist die Scheide eng, so werden Einschnitte gemacht. Sorgfältige Ablösung des Uterus vom Rectum; Umstechung der arteriae uterinae. Damit erreicht man ein möglichst klares Operationsfeld. Sich vorbuchtende Eitersäcke werden entleert, dann mit einer Klemme die Oeffnung verschlossen, mit dem Finger der Sack ausgeschält und der Stiel unterbunden und abgetrennt.

Duret (Lille). Unter den adnexiellen Beckeneiterungen giebt es Fälle mit schweren Komplikationen.

1.) Die multipen Eiterungen und
2.) die fibrösen Prozesse.

Die Ursache dieser Erkrankungen ist meist der Streptococcus, der sich auf dem Wege der Schleimhäute, auf dem Wege der Lymphbahnen u. s. w. verbreitet und oft den ganzen Genitaltraktus befällt.

In den Fällen von multipler Eiterung sitzt der Eiter auch in den Tuben und bildet manchmal grosse Tumoren; bald sammelt sich der Eiter in der Peritonalhöhle an, zwischen den Darmschlingen, bald bildet er diffuse Ansammlungen im Zellgewebe oder in den mittleren Partien der breiten Mutterbänder, entlang den Blut- und Lymphgefässen; manchmal sehen wir auch noch abgelegene Eiterungen: in der Lendengegend, in der Iliacal- oder Nierengegend.

Die fibrösen Prozesse verbreiten sich bald nur auf der einen Seite des Genitaltraktus, bald nehmen sie beide Seiten in Beschlag und umgeben die Organe, sich selbst in Parenchym derselben verbreitend.

Die multiplen Eiterungen und fibrösen Prozesse stellen eine ganz besonders schwere Komplikation dar und verlangen verschiedene eingreifende Operationen.

Henrotay (Antwerpen). Die Gonorrhoe ist das hauptsächlichste ätiologische Moment der eitrigen Adnexerkrankungen. Die weitaus grösste Zahl der puerperalen Adnexerkrankungen beruhen auf gonorrhoischer Infektion, welche die Tuben und das Beckenperitoneum nach der Geburt oder einen Abort ergriffen hat. Die medikamentöse Behandlung soll, wenn immer möglich, versucht werden. Für die Becken-Eiterungen kommt besonders die vaginale Intervention in Betracht; die Castration ist indiciert, wenn die gonorrhoische Natur der Erkrankung erwiesen ist. Die Schliessung der Vaginalwunde nach Hysterectomie ist ein grosser technischer Fortschritt.

Paul Reynier (Paris) ist für strenges Individualisieren bei der Wahl der Operationsmethode. In 210 Beckeneiterungen hat er 110 mal die Laparotomie ausgeführt und 8 Todesfälle erlebt. 45 Fälle wurden durch einfache Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus behandelt; bei dieser Art des Operierens hat R. keine unmittelbaren Todesfälle zu verzeichnen, bei zweien von diesen 45 Kranken musste später der Uterus per vaginam bezw. per laparotomiam entfernt werden; beide starben. Von 52 Fällen von Hysterectomia vaginalis starben 6 Kranke.

Da man bei der Laparotomie ziemlich sicher alles kranke entfernen kann, so zieht R. diese Art des Operationsweges den anderen Verfahren im allgemeinen vor; die Hysterectomia vaginalis reserviert er für diejenigen Fälle, in denen virulenter Eiter oder die Gefahr des Platzens des Eitersackes oder die grosse Ausdehnung desselben bei Anwendung der Laparotomie gefährlich werden könnte; immerhin muss die Hysterectomia vaginalis so viel als möglich eingeschränkt werden, da es nicht immer möglich ist vermittelst derselben alles kranke Gewebe zu entfernen.

Döderlein (Leipzig). Der Name Becken-Eiterung muss aufgegeben werden; wir müssen zwischen extra- und intraperitonealen Eiterungen unterscheiden; wir müssen die spezifischen Erkrankungen trennen; alles Krankhafte muss absolut entfernt werden. Bei jungen Frauen soll, wenn immer möglich, der Uterus erhalten werden, da sich sonst sehr intensive Ausfallserscheinungen einstellen können. In denjenigen Fällen, in denen der Uterus entfernt werden muss, giebt D. dem Péan'schen Verfahren den Vorzug.

Zur Behandlung der nicht eiterigen Adnexerkrankungen empfiehlt er die Colpotomia anterior et posterior; die Jodoformgaze-Drainage nach der Scheide zu soll in allen den Fällen angewendet werden, in denen man parenchymatöse Blutungen stillen oder in die Bauchhöhle gelangtes eiteriges Sekret ableiten will. Die Mikulicz'sche Tamponade verwirft D. für solche Fälle, wegen der ungünstigen Beeinflussung der Bauchnaht (Hernienbildung).

Colomillas, (Calamata). Das Plasmodium von Febris intermittens erzeugt Eiterungen und besonders auch Adnexerkrankungen wie die bekannteren Mikroorganismen. Jeder chirurgischen oder gynaecologischen Intervention in Malariagegenden soll daher eine 4—5 Tage dauernde Chininbehandlung voraus-

gehen. Oertlich wendet C. auf Wunden Chinin pulv. in Substanz oder eine Mischung von Chinin pulv. mit Jodoform an.

Pichevin (Paris). Gegenüber früheren Behauptungen stellt P. fest, dass er niemals Gegner der vag. Hysterectomie gewesen sei. Bei jungen Frauen macht P. die Laparotomie selbst bei doppelseitiger Erkrankung, um, wenn immer möglich, das eine Ovarium samt Tube zu erhalten. Mit diesem Prinzip ist es P. gelungen, bei voller Exstirpation der Adnexe einer Seite das Ovarium und die Tube der anderen Seite noch derartig funktionsfähig zu erhalten, dass vier Kranke schwanger wurden und in normaler Weise zur Geburt gelangten.

In allen übrigen Punkten stimmt P. mit Bouilly überein.

Jacobs (Brüssel). Empfiehlt für extraperitoneale Becken-Eiterungen die Eröffnung der Eiterhöhle durch Colpotomia anterior, posterior oder lateralis. Immer soll die Eröffnung mit dem Thermocauter gemacht werden, damit von der Eiterhöhle aus keine Infektion einer frischen Wunde gesetzt werde.

Alle intraperitonealen Becken-Eiterungen sollen von der Vagina her angegriffen werden.

Die Laparotomie ist nur für Ausnahmefälle zu reservieren; man kann die vaginale Hysterectomie niemals der Laparotomie gegenüberstellen, da diese nur den Weg zu den erkrankten Organen angiebt. J. entfernt nun sofort nach der Operation die Klemmen und versorgt die Stümpfe nachträglich mit Ligaturen. Ist kein freier Eiter im Abdomen, so wird die Vaginalwand sofort geschlossen. bei Anwesenheit von Eiter im Abdomen ist Gaze-Drainage nach der Vagina einzuleiten.

Segond (Paris). S. erklärt sich mit dem Berichte von Bouilly einverstanden. Er warnt die Operation nach einem Schema zu machen und empfiehlt möglichst zu individualisieren.

Bezüglich der operativen Technik legt er besonderen Wert darauf, dass die Cervix von vorn herein möglichst hoch nach der Arteria uterina hinauf isoliert werde.

Doléris (Paris) stellt fest, dass in vielen Fälllen eine exakte Diagnose der patholog.-anatom. Veränderungen gar nicht zu stellen sei. Oft kann die Diagnose erst während der Operation gemacht werden. Da man auf dem Wege der Laparotomie das Operationsgebiet viel besser beurteilen und selbe unter Umständen sich auf gewisse Partien beschränken kann, so zieht er im Allgemeinen die Laparatomie der vaginalen Methode vor. In 15 sehr schweren Fällen, wo die Laparotomie von vornherein sehr aussichtslos erschien, hat er 15mal eine vaginale Hystero-Salpingo-Oophorectomie gemacht; alle Fälle sind geheilt.

Mangin (Marseille). Für subacute Becken-Eiterungen ist die vaginale Incision zu empfehlen. M. hat dabei sehr gute Resultate gesehen, selbst bei sehr herunter gekommenen Kranken. Was die milden Becken-Eiterungen anbelangt, so soll immer eine längere medikamentöse Behandlung versucht werden.

Muss operativ eingegriffen werden, so soll nur im afebrilen Stadium operiert werden.

Sehr oft genügen teilweise Exstirpation von Ovarien oder Tuben. Doppelseitige Castration oder vag. Hysterectomie musste M. nur in 5% aller Fälle anwenden.

Dank diesem vorsichtigen Verfahren hatte Mangin seit Jahren in einer grossen Anzahl von Fällen keinen Todesfall zu beklagen.

Acconci (Genua). Wenn immer möglich, so soll konservativ behandelt werden; muss aber operativ behandelt werden, so ist die vaginale Radikaloperation das beste Verfahren.

Adenot (Lyon). Die vaginale Punktion und Incision ist völlig genügend bei Abscessen, welche sich nahe der Vagina befinden; bei komplizierten Beckeneiterungen dagegen ist es einzig die radikale Vaginaloperation, die zum Ziele führt.

Sabino Coëlho (Lissabonn). Kleine, wenig verwachsene Tuben-

erkrankungen und Beckeneiterungen sind durch die Colpotomia anterior anzugreifen (nach Martin). Bei ausgedehnten Beckeneiterungen ist die Laparatomie oder vag. Hysterectomie zu machen, je nachdem sich der Sitz der Erkrankung hoch oder tief im Becken befindet.

Sänger (Leipzig). Schlusswort. Es ergiebt sich aus der Diskussion, dass die Stimmung allgemein für ein möglichst konservatives Verfahren Platz gegriffen hat.

Es haben sich selbst solche Operateure beeifert, sich als konservativ vorzustellen, die es bis jetzt keineswegs waren.

Auch unter den französischen Fachgenossen haben sich viele für den abdom. Weg erklärt. Dem Vorgehen auf vag. Wege bei Beckeneiterung steht als Dämpfer immer noch eine Mortalität von 7 bis 10 Prozent entgegen, wie wir von verschiedenen Rednern erfahren haben.

Sehr anzuerkennen ist es, dass nun auch Péan uns über die späteren Folgen nach vaginaler Hysterectomie und vag. Radikaloperation Aufschlüsse gegeben hat. Aus diesen geht hervor, dass in mindestens ebenso viel Fällen, wenn nicht noch in mehr, allerlei schwere Folgezustände auftraten, wie nach abdominaler Salpingo-Oophorectomie. Auffallend ist die grosse Zahl von Blasen- und Darmfisteln, welche vorgekommen sind.

Der Prioritätsstreit zwischen Péan und Doyen ist für uns nichts, als ein persönliches Duell.

Unbeschadet der grossen Verdienste Péan's müssen wir aber doch Doyen zugestehen, dass seine Methode von der Péan'schen verschieden ist und den grössten Fortschritt darstellt, den die Technik der Hysterectomie in den letzten Jahren gemacht hat, auch darum, weil sich die Operation schliesslich ebenso gut mit Ligaturen beenden lässt.

Ganz entschieden ist es sowohl durch die Referate, wie durch die Diskussion doch zu einer gegenseitigen Annäherung der Meinungen gekommen und es lässt sich mit Befriedigung erkennen, dass der Radikalismus im Allgemeinen verworfen wird. Sonst ist das Thema derart nach allen Richtungen erörtert, dass es gewiss nicht auf die Tagesordnung noch eines dritten Kongresses gesetzt zu werden braucht.

---

68. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M.

(vom 21. bis 26. September 1896.)

Sektion für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Referent: Dr. Gottschalk-Berlin.

Sitzung vom 21. Sept. Nachmittags.

Vorsitzender: A. W. Freund—Strassburg.

Herr Peter Müller-Bern. Ueber Operationen des prolabierten Uterus

Vortragender spricht über Operationen des prolabierten Uterus nach der klimacterischen Periode in Fällen, wo auf jeden Geschlechtsgenuss verzichtet wird. Er empfiehlt für derartige Fälle, wo man in der letzten Zeit die Totalexstirpation des Uterus und der Vagina ausgeführt hat, auf die erstere zu verzichten und nur die Totalextirpation der Vagina auszuführen, den Uterus einfach in die gebildeten Wundnester zu versenken und die Vaginalwunde zu schliessen. Dadurch wird ein starkes narbiges Septum gebildet, welches dem Uterus eine genügende Stütze bietet. Die Bildung einer Hydrometra fürchtet er wegen deren

grossen Seltenheit nicht. Atresien des Uterus nach der klimacterischen Periode, besonders bei Prolapsus uteri findet man sehr häufig, ohne dass dabei der Uterus ausgedehnt erscheint. Der Uterus ist meist atrophisch, in Folge dessen leicht, drückt nicht stark auf das Septum; ist die Cervix stark hypertrophisch, so kann dieselbe abgetragen werden. Als Vorteil der empfohlenen Methode führt er die Kürze und Einfachheit der Operation an und ferner den Umstand, dass die Peritonealhöhle nicht eröffnet, keine Stumpfbildung notwendig und die oft bei alten Leuten etwas schwierige Loslösung des Uterus von der Blase vermieden wird. — Ist die Frau noch menstruirt, wird aber auf die Cohabitation verzichtet, so wird der Uterus nicht versenkt, sondern in die Vaginalwunde eingenäht; er kommt dann in die Narbe selbst, statt oberhalb derselben zu liegen. Für Fälle, wo die Menstruation erloschen, die Cohabitation aber nicht ausgeschlossen ist, kann man ausser der Colporrhaphia anterior noch nach einer ausgiebigen Exstirpation eines viereckigen Lappens ein Vaginalrohr übrig lassen.

Diskussion.

Herr Frank-Cöln hat schon früher die extraperitonelle Uterusexstirpation gegen Prolaps empfohlen. Mehr Nachdruck ist bei der Behandlung auf die Ligierung und spätere Abtragung des Pelviperitoneum zu legen. Es genügt den Uterus herunterzuziehen und darüber mit Gummischlauch zu ligiren.

Herr Löhlein: Die Pyometra nach solchen Atresien ist doch nicht so selten, wie der Herr Vortragende glaubt.

Herr Asch-Breslau empfiehlt die typische Totalextirpation von Uterus und Vagina bei hochgradigem Prolaps, denn nur so sei mit Sicherheit auch die Retroflexio zu heilen. Die Einheilung der Lig. infundibul.-pelv. in die Vagina schützt am besten vor Recidiven, die Möglichkeit der Cohabitation bleibt erhalten.

Herr Freund jr. rät bei der von ihm zur Heilung von Prolapsen alter Frauen angegebenen Tabaksbeutelnaht statt der Silberdrähte dickes Silkwormgut zur Ligierung zu nehmen und seitlich nicht so oberflächlich einzustechen. Er hat unter 7 Fällen nur 1 Misserfolg.

Herr v. Herff: Recidive nach der Totalexstirpation wegen Prolaps sind nicht selten, dann ist man aber schlimmer daran als vorher. Klinische Erfahrungen sprechen zu Gunsten der vom Herrn Vortragenden empfohlenen Methode.

Herr P. Müller (Schlusswort) betont den verschiedenen Erwiderungen gegenüber, dass die vorgeschlagene Operation weit kürzer als die Totalextirpation sei und weniger gefahrvoll wegen Nichtöffnung des Peritonealsackes, Entfalls der Stümpfe, wegen des Fortfalls der Ablösung der Blase. Sei der Uterus zu gross, könne man ja die Vaginalportion abtragen.

Herr Fritsch-Bonn. Ueber Tod nach Laparotomie.

Wenn man seit fast 30 Jahren Todesfälle bei Laparotomien gesehen hat, so ist es wohl selbstverständlich, dass man sich über deren Gründe bestimmte Anschauungen bildete. War doch in jedem Jahre leider wieder Gelegenheit vorhanden, die gewonnenen Ansichten zu prüfen.

Schon Marion Sims widerlegte die alte Anschauung, dass der Tod die Folge von eitriger Entzündung sei. Es war das damals, als er bei allen Laparotomieen die Drainage empfahl.

Marion Sims beschrieb schon ganz deutlich das pathologisch-anatomische Substrat von dem, was wir jetzt septische Peritonitis nennen: die Verfärbung des Peritonäums, den Blutreichtum der Därme, die Tympanie, das blutig seröse nicht grosse Exsudat.

Es wäre aber auch nicht richtig, alle diese Fälle einfach Sepsis zu nennen. Die antiseptischen und aseptischen Massregeln sind heutzutage nicht mehr ein Monopol. Jedes Krankenhaus, öffentlich oder privat, ist eine Lehr- und Lernstätte der Antisepsis. Uebertragungen von massenhaften Kokken durch Hände, Schwämme oder Instrumente, wie vor 30 Jahren die Regel war, kommen nicht mehr vor. Der beste Beweis dafür ist, dass überall die Resultate gleichmässig besser geworden sind.

Trotzdessen ist es nicht zu leugnen, dass wir nicht am völlig keimfreien Körper, nicht am absolut sterilisierten Objekte operieren. So sicher ist unsere Asepsis nicht, wie sie der Bakteriologe bei seinem Experimente verlangt. Ich

erinnere nur daran, dass wir 2 bis 3 Laparotomien nacheinander machen, dass mitten heraus eine Laparotomierte stirbt, und trotzdessen waren die Verhältnisse stets die gleichen: die Vorbereitung, die Technik, die Fälle selbst.

Ich erinnere auch daran, dass intra- und extraperitonaeal der Verlauf ein verschiedener ist. Während der Stumpf und das Peritonaeum anstandslos heilt, eitert die Bauchwunde. Und wer sagen wollte, dass dies auf schlechter antiseptischer Vorbereitung beruht, den erinnere ich daran, dass manchmal bei dreischichtiger Naht das Peritonaeum und die äussere Haut normal heilt, während ganz langsam in der Mitte sich eine Eiterung entwickelt, die nach 8 bis 9 Tagen nach aussen durchbricht.

Ist also nicht am absolut keimfreien Objekt operiert, und ist der Verlauf lokal verschieden, so müssen verschiedene Gewebe verschieden auf die Bakterieninvasion reagieren. Und wie bei den einzelnen Geweben der lokale Verlauf ein verschiedener ist, so ist es auch im Allgemeinen. Verschiedene Menschen haben eine verschiedene Wahlverwandtschaft zu den Kokken, oder, was dasselbe ist, sind von vorschiedener Widerstandskraft gegen die Kokken, gegen ihr Wachstum, gegen ihre Entwicklung.

Noch hat es keine Pestepidemie gegeben, bei der alle Menschen starben. Bei völlig gleichen äusseren Verhältnissen erliegen nicht alle Cholera-, alle Typhuskranke.

Ich erinnere auch an die graduelle Verschiedenheit der Fälle, ich erinnere daran, dass Diphtherie und Cholerabacillen auch bei Gesunden gefunden worden sind.

Früher, als wir noch Puerperalfieberendemien beobachteten, kam immer einmal ein wunderbarer Fall vor, wo bei schwerem Beginn, bei schwerem Verlauf doch schliesslich die Natur sich durchkämpfte und unerwartet Genesung eintrat.

Doch es ist nicht nötig, dass wir uns mit allgemeinen Redensarten begnügen. Das Organ, das hier das wichtigste ist, ist das Peritonaeum. Im Peritonaeum sind die physiologischen und pathologischen Veränderungen ganz ausserordentlich schnelle. Ich behaupte das z. B. die Zeit der Verklebung hier eher nach Minuten als nach Stunden zu berechnen ist. Das Peritonaeum resorbiert ganz überraschend schnell. Kokken, welche in das gesunde Peritonaeum kommen, werden, wie in vielen exakten Arbeiten nachgewiesen ist, mit grosser Schnelligkeit unschädlich. Was ist das nun: sie werden unschädlich? Die Kokken werden mechanisch fortgeschafft, sie gelangen in den Lymphstrom und aus dem Lymphstrom in das Blut. Das normale Blut ist aber eine ganz ausserordentlich antiseptische Flüssigkeit. Sie vernichtet die Kokken.

Wenn man bei Puerperalfieber eine periphere Infiltration, z. B. an einem Gelenke einschneidet, so zeigt jeder Tropfen ausgepresster Flüssigkeit mikroskopisch massenhafte Kokkenketten. Und ein gleichzeitig aseptisch aufgefangener Blutstropfen enthält keine Kokken. In das Blut müssen aber bei dem Zusammenhang beider Gefässsysteme sicher Kokken gelangen. Sie werden aber im Blut aufgelöst, aufgefressen, aus ihm ausgestossen, oder sie werden unschädlich und gehen zu Grunde.

Dass aber die Kokken unschädlich werden, dazu ist dreierlei nothwendig. Erstens müssen es nicht zu viel Kokken sein. Platzt ein perityphilitischer Absess, eine frische Pyosalpinx, wird ein innen septischer Uterus intra partum zerrissen, so gelangen soviel Kokken in den Bauch, dass das Peritonaeum sie nicht wegzuschaffen vermag.

Zweitens ist ein normaler Kreislauf, eine ungestörte Cirkulation, ein gesundes Herz notwendig. Ist das Herz schon schwach gewesen, oder schwach geworden, oder hat es seine normale Kraft nicht bald wieder gewonnen, so besteht eine mechanische Schwierigkeit für die Fortbewegung der Lymphe und der Kokken in ihm. Wir wissen aber, dass eine lange Operation, die Cloroformnarcose, Blutverlust und Abkühlung die Herzkraft schädigen. Vielleicht kommt auch der Haemoglobingehalt und die chemische Beschaffenheit das Blutes bei der bakterientötenden Wirkung des Blutes in Betrecht.

Drittens muss die Funktion der Gewebe, hier des Peritonaeums, normal sein. Ist dies nicht der Fall, so bestehen eine Anzahl peripherer Gefahren, die wohl ein starkes Herz überwindet, die aber bei schwachem Herzen eine beenkliche Höhe erreichen. Zwischen den peripheren und centralen Gefahren besteht ein naher Zusammenhang. Wir wissen, dass seit altersher ein schwacher, abdominaler Puls für pathognomonisch bei Peritonealaffektion gegolten hat.

Die älteren Kollegen werden sich noch erinnern, dass der Verlauf der vaginalen Totalextirpation trotz langer Dauer, trotz grossen Blutverlust ein überraschend besserer war, als bei Laparatomie, als bei der Freund'schen Operation.

Der Grund liegt vor allem darin, dass das Peritonaeum während einer vaginalen Operation in seinen physiologischen Verhältnissen verbleibt. Es ist nicht durch Abkühlung, nicht durch Luftkontakt, nicht durch Veränderung der Druckverhältnisse gefährdet. Die Verletzung und Abkühlung hat viel weniger Bedeutung als der Luftkontakt und der veränderte Druck nach der Eröffnung des Abdomen. Wir können oft den schädlichen Einfluss des Offenstehens der Bauchhöhle direkt sehen; die Gefässerweiterung, die Stauung, die Cirkulationsstörung. Bei diesem Vorgange leiden ohne Zweifel auch die Schichten unter dem Peritonaeum: die Muskulatur und die Schleimhaut. Die Peristaltik wird schwach und hört auf. Die Schleimhaut fungirt und resorbirt nicht. Viele Gase bilden sich und werden nicht fortgeschafft. Es entsteht Ueberdruck im Darm. Die Darmwand scheint sogar für den Inhalt durchgängig zu werden. Es ist dies nicht wunderbar, bei Stauung treten sicher weisse Blutkörperchen aus. Mit ihnen, in ihnen, neben ihnen gewiss auch Darmbakterien.

Die Schädigung des Peritonaeums ist eine noch grössere, wenn in roher Weise mit ungeeignetem Material, durch lange Zeit die Därme geschunden, gedrückt, gezerrt werden; durch das, was man früher die Toilette der Bauchhöhle nannte, oder wenn, wie es früher geschah, Chemikalien in die Bauchhöhle gelangten. Dann erreichten, auch ohne direkte Infektion, die peripheren Gefahren eine bedrohliche Höhe.

Den so entstehenden Cirkulationswiderständen ist das schwache, resp. das geschwächte Herz nicht gewachsen. Vielleicht ist überhaupt die Resorption nur möglich, wenn die Druckverhältnisse normal, d. h. die Bauchhöhle geschlossen ist.

Nicht zu vergessen ist, dass zufällig in die Bauchhöhle bei der Operation gelangte Kokken oder Darmbakterien, die sonst resorbirt werden, unter diesen Umständen die günstigsten Bedingungen zum Wachsen finde: Nährmaterial, tote Räume, Gewebe von herabgesetzter Vitalität. Die letzte Konsequenz dieser mechanischen zunächst nicht infektiösen Vorgänge ist Ileus und Darmlähmung. Beides Ereignisse, die ohne jede Infektion, allein durch lokale und allgemeine. Herabsetzung der Vitalität, durch Störung der Funktion des Peritonaeums und durch Herzschwäche als Folge landauernder Operation eintreten können.

In der Regel gewinnen die bei der Operation geschwächten Därme nach Schluss der Bauchhöhle also nach Wiedereintreten der physiologischen Verhältnisse ihre Gesundheit bald wieder. Aber die leichten ileusartigen Erscheinungen nach schweren Laparotomien beweisen die Functio laesa des Peritonaeums. Erst nach 24 oder mehr Stunden wird die Darmfunktion wieder völlig normal. Ist daher das Herz kräftig und der Puls normal, so besteht keine Gefahr. Aber bei schwachem Herzen, schnellem Puls stellt sich oft die normale Darmfunktion nicht wieder her.

Wir zeigten also, dass ganz abgesehen von Infektion namentlich zwei Ursachen, die in engem Zusammenhange stehen; Herzschwäche und die Schädigung der Peritional- und Darmfunktion gefährlich sind. Also nicht ausserhalb des Körpers liegt die Gefahr, sondern innerhalb. Nicht die Vermeidung der Infektion ist das allein wichtige, wie es gewöhnlich dargestellt wird, sondern auch die Erhaltung der allgemeinen und lokalen Widerstandskraft. Die Laparotomirten sterben nicht, weil sie septisch werden, sondern sie werden septisch, weil sie sterben, oder während sie sterben.

Erlauben sie mir noch einige praktische Bemerkungen zum Beweise für meine Anschauungen beizubringen.

Lawson Tait, Koeberlé u. A. haben nie Antisepsis angewendet Namentlich der Erstere hat wenigstens dieselben guten Erfolge, wie die strengsten Antiseptiker. Weshalb? Weil bei technisch vollkommenem, d. h. schnellem, schonendem Operiren die peripheren und die centralen Schädlichkeiten so gering sind, dass die allgemeine und lokale Vitalität nicht wesentlich herabgesetzt wird.

Jeder von uns hat Aehnliches bei seinen Operationen beobachtet. Ich meine hier nicht eine allgemeine Statistik, sondern eine eigene Statistik des Einzelnen über seine schwierigen, langdauernden Operationen, z. B. die Myomotomien. Als Schröder bei Ovariotomien 4 pCt. Todesfälle hatte, betrug seine Mortalität bei Myomotomien $33^1/_3$. Weshalb? Die Antisepsis war ja die gleiche! Aber

die Dauer der Operation, die peripheren und centralen Gefahren nahmen bei den grossen, schwierigen Operationen erheblich zu.

Bei jedem Einzelnen wird die Statistik allmählich besser, sobald er, was ja natürlich auch gelernt sein muss, besser operirt.

Nun kommt allerdings die moderne Selbsttäuschung! Es bildet sich bei Jedem ein bestimmtes Verfahren heraus, das erprobt, einstudiert und technisch vollkommen beherrscht wird. Bei dem speziellen Operateur ist dies Verfahren ein typisches geworden, bei dem keine Sekunde Zeit verschwendet, kein Griff überflüssig gemacht wird. Diese technische Vollkommenheit ist die Ursache der besseren Erfolge, mit denen sie coincidirt. Dann erklärt der Operateur sein Verfahren für das principiell richtige. Seinem Temperament nach bekämpft er jede andere Ansicht mit mehr oder weniger Polemik. Ja für ihn ist gewiss sein eingeübtes Verfahren das beste, ob für andere, fragt sich. Denn nicht das Verfahren an sich sichert die guten Erfolge, sondern die Einübung auf das bestimmte Verfahren. Deshalb sind ja auch schliesslich überall die Resultate bei sehr verschiedenen Methoden gleichmässig bessere und gute geworden. Eine allgemeine Statistik ist mir — um die Vorzüge eines Operationsverfahrens zu beweisen — deshalb ziemlich wertlos. Viel lehrreicher muss für jeden die eigene Statistik sein. Und wer zu wenig Material hat, um eigene Statistik zu machen, der soll sich streng an die Vorschriften Dessen halten, dem er ein gutes Urteil zutraut, aber er soll nicht bei jedem Falle neue Methoden, um originell zu sein, erfinden.

Noch möchte ich hinzufügen, dass man, abgesehen von allen theoretischen Auseinandersetzungen, auch klinische Beobachtungen für meine Anschauung verwerten kann. Der Verlauf ist in ungünstigen Fällen folgender: Die Kranke wacht schon nach der Operation mit Beängstigung auf. Die Atmung ist etwas erschwert, was oft auf den festen Verband geschoben wird. Dabei wird sonst der festeste Verband ganz gut vertragen. Das charakteristische Symptom ist die Herzschwäche, der schnelle, schwache, abdominale Puls, der ja für pathognomisch gilt. Das Abdomen ist aufgetrieben, das Gesicht ist blass, es besteht Durst, Erbrechen ist häufig. Die Temperatur ist normal. Die Tympanitis nimmt zu. Der Puls wird immer schlechter.

Meine Herren! Das sind Ileussyptome. Aber es ist kein Ileus, jedenfalls kein obstruktiver. Das sind peritonitische Erscheinungen, aber es ist keine eitrige Peritonitis. Denn es fehlt Fieber und Druckempfindlichkeit. Das ist auch keine Sepsis, das Sensorium ist frei. Dass Sepsis ohne Fieber vorkommt, ist ja sicher. Aber diese Fälle, von denen ich spreche, gehen oft in Heilung über. Mit und ohne geeignete Therapie hören die beängstigenden Symptome auf. Blähungen gehen ab, der Puls wird gut, die Gefahr ist vorüber.

Ist das nicht der Fall, so kommt es am 2. oder 3. Abend zu leichtem Fieber, das sub finem vitae zunimmt. Dann freilich werden vor dem Tode die Patientinnen septisch. Jedenfalls aber ist das wichtigste Symptom die Herzschwäche, nicht das Fieber.

Sind meine Anschauungen richtig, wenigstens für manche Fälle, so ziehen wir daraus folgende Schlüsse für die Praxis: bei geschwächtem oder schwachem Herzen, bei Thrombose nach Pneumonie, nach Influenza etc. soll man nicht operieren, sondern warten.

Vor der Operation sind schwächende Vorbereitungskuren, zu kühle Bäder, Hungern, starke Abführmittel kondraindizirt. Die Technik muss eine gute, die Nachbehandlung eine sehr sorgfältige sein. Magenspülungen, warme Klystiere Roborantien subcutan, Chinin etc. bekämpfen die Schwäche.

Meine Herren! Es gab noch vor 30 Jahren Chirurgen der alten Schule, die als vorzügliche Anatomen und Techniker vortrefflich künstlerisch operierten und denen alle Kranken starben. Dann kam eine schroffe Reaktion: die Zeit, wo Technik, Erfahrung, Geschick, Kunst, ja selbst anatomische Kenntnisse geradezu verachtet und belächelt, jedenfalls für nebensächliche Dinge gehalten wurden. Bei guter Antisepsis erschien dem erfolgfrohen Operateur jedes Ziel erreichbar. Ob Jemand langsam oder schnell, sorgfältig oder roh operirte, ob er Erfahrung hatte und die Anatomie verstand, erschien gleichgültig. Nur Antisepsis hielt man für nöthig.

Gegen diese Anschauungen muss jetzt die Reaktion eintrefen. Wir müssen betonen, dass gute Technik, Geschick und Erfahrung sehr wichtig für den Erfolg sind.

Vortrefflich wäre es ja, wenn auch bei uns Gynaekologen endlich die Grundprinzipien der operativen Technik wie in der Chirurgie bei jeder Operation die gleichen wären. Wenn die Operationen erst typische geworden sind, wenn die Technik in den wesentlichen Dingen eine gleiche ist, so wird die Kenntniss des bestimmten Verfahrens jeden Zweifel und Zeitverlust verbannen.

Doch dies wird erst nach 30 Jahren der Fall sein. Vorläufig muss sich wenigstens das Prinzip durchkämpfen, dass es bei den Erfolgen nicht allein auf das Was, sondern auch auf das Wie ankommt, dass sicher manches Menschenleben zu retten ist, wenn die Fälle richtig ausgewählt, gut vorbereitet, schonend operiert und sorgfältig nachbehandelt werden.

Diskussion:

Herr Hofmeier fragt den Herrn Vortragenden, ob er glaube, dass lediglich Insultirung des Bauchfells und Darmes Todesfälle verschulden könne; er ist geneigt, bei tödtlich endenden Fällen doch eine Infektion anzunehmen.

Herr Mackenrodt empfiehlt rasches, weniger subtiles Operiren.

Herr Kehrer ist auch für möglichste Schonung des Peritonaeum, man solle Desinfizientien und auch die vielen Gazekompressen von ihm und namentlich der Darmserosa fern halten; besonders bei Ovariotomien in der Schwangerschaft sind dadurch leicht gefährliche Adhäsionsbildungen zu befürchten.

Herr Slaviansky (Petersburg) stimmt mit dem Herrn Vortragenden für die Bedeutung der Herzschwäche.

Herr v. Herff empfiehlt bei Darmatonie nach Laparotomien die Bauchwand kombiniert mit faradischem Strom und Massage zu behandeln.

Herr Löhlein ist wie der Herr Vortragende der Ansicht, dass bei der Laparotomie viel von der individuellen Widerstandsfähigkeit abhänge. Die Eigenthümlichkeit des einzelnen Individuums sei deshalb in jedem Falle zu berücksichtigen.

Herr Pfannenstiel weist auf die toxische Wirkung des Chloroforms als Ursache des Spättodesfälle hin; in der Regel handelte es sich um langdauernde Operationen.

Herr Thorn (Magdeburg) nimmt an, dass auch in den von Herrn Fritsch seinem Vortrage zu Grunde gelegten Fällen leichte Infektionen im Spiele seien: es sterbe keine Frau an Darmatonie ohne Infektion.

Herr v. Wild (Kassel) weist auf die thierexperimentellen Untersuchungen Reichels über die Resorptionsfähigkeit des verletzten und intakten Bauchfells für Mikroorganismen hin.

Herr v. Herff hält Herrn Thorn gegenüber aufrecht, dass Darmlähmung den Tod nach Laparotomie bedingen könne.

Herr Hofmeier weisst ebenfalls auf die Arbeiten Reichels hin, der gezeigt habe, dass Infektion aussen am Peritoneum nicht sichtbar zu sein brauche und doch vorhanden sein könne.

Herr Kiefer weist darauf hin, dass bei der Darmlähmung nach Laparotomie Tod an Autointoxikation erfolgen kann; eine frische Infektion sei nicht notwendig.

Herr Freund sen. ist auch für das Individualisieren bei der Laparotomie; es sei mehr die Disposition des zu operierenden Individuums ins Auge zu fassen. Solche schlechte Disposition sei auch der Infantilismus, infantile Genitalien mit Defekten am Gefässsystem und an den Nieren.

Herr Löhlein stimmt Herrn Freund darin bei.

Herr Fritsch: Grosse Uebung im Operiren falle ins Gewicht; bei Darmatonie könne man mit Magenausspülungen, Weinklysmen, Chinin, Bauchmassage manchen Erfolg erzielen. Seine Annahme, dass aus dem geblähtem Darme mit den weissen Blutkörperchen auch Darmbakterien in die Bauchhöhle auswandern können, sei zwar eine Theorie, die aber sehr wahrscheinlich sei. Diese Kranken werden septisch, indem sie sterben, nicht vorher.

Sitzungsberichte.

Gynäkologische Sektion des königlich ungarischen Aerztevereins zu Budapest.

3. Sitzung vom 14. April 1896.

Vorsitzender: Herr v. Kézmárszky; Schriftführer: Herr Tóth.

Demonstrationen von Präparaten: 1) Herr Fleischmann: 2 Fälle von doppelseitigen Ovarialtumoren. a) Ovariotomie bei einer 23 jähr. O-p. wegen eines doppelseitigen Ovarialtumors. Geringer Ascites. Exitus am 4. Tag. Sektion: Carcinom des Pylorus, mit Metastasen in den Drüsen sowie Rippen- und Wirbelknochen. Die entfernten Tumoren waren als Fibrosarcoma myxomatodes anzusehen von 16—18 cm Länge, 8—10 cm Breite und 4—5 cm Dicke. b) Doppelseitige Ovarialcyste von einer 32 jähr. I-p., die im 2. Monate schwanger war. Glatter Verlauf, fortdauernde Schwangerschaft. In der Wand der entfernten linksseitigen Cyste wurde ein Corpus luteum verum, sowie normales, functionsfähiges Ovarialgewebe gefunden.

Herr Temesváry bemerkt zum ersten Fall, dass er unter den von ihm aus der Litteratur gesammelten über 300 Fällen von Eierstocksarkomen nur 4 solche fand, wo neben der sarkomatösen Erkrankung des Eierstockes noch eine carcinomatöse Erkrankung anderer Organe, und zwar in 3 Fällen die des Magens und in einem Fall des Mastdarms vorhanden war. Auch T. hatte Gelegenheit im pathologischen Institute Prof. Pertik's ein Fibrosarkom des Ovarium zu untersuchen, wo bei derselben (unoperiert an Marasmus verstorbenen) Kranken der Magen, das Peritoneum und die retroperitonealen Drüsen krebsig degeneriert waren. Sowohl in diesen, als in allen übrigen hierher gehörigen Fällen war die Eierstockserkrankung eine doppelseitige.

Herr Tóth bemerkt zu dem zweiten Falle Fleischmann's, dass an der II. gynäkolog. Klinik die Ovariotomie in etwa 8—10 Fällen während der Schwangerschaft ausgeführt wurde. Von diesen war die Geschwulst in 2 Fällen eine doppelseitige; in dem einen Falle, der wegen Hepatitis flava tötlich endete, war in dem bilateralen, kindskopfgrossen Dermoid nirgends normales Ovarialgewebe zu finden. Es wurde nur in einer Geschwulst das Corpus luteum gefunden. In dem zweiten Falle waren auf beiden Seiten insgesamt 3 Tumoren vorhanden.

2) Herr Bäcker: Foetus papyraceus, der nach einer im 8. Schwangerschaftsmonate erfolgten Geburt (totes Kind) am 5. Tage des Wochenbettes spontan ausgestossen wurde.

3) Herr Bäcker: Uterus didelphys, Haematometra und Hämatosalpinx lat. sin. von einer 24 jähr. IV-p. Die Diagnose war, da die Menstruation stets regelmässig auftrat, und auch der objektive Befund dafür sprach, auf ein subseröses Cervical-Myom gestellt worden. Laparotomie (Prof. v. Kézmárszky); Ausschälung der Tumors; Einnähung des Sackes. Dauer der Narkose $2^1/_4$ Stunden. Tod am selben Tag unter Shockerscheinungen. Bei der Sektion: Uterus didelphys, dessen linke Hälfte atresiert war; der sanduhrförmige Tumor war eine linksseitige Haematometra und Hämatosalpinx; Lungentuberkulose; vollständiger Mangel der linken Niere und des linken Ureters.

Herr Tauffer erwähnt einen Fall von Uterus didelphys mit Duplicität der Vagina bei einer schwangeren Frau, wo die Diagnose Schwierigkeiten machte. Normale Geburt. Die Operation betreffend sei eine totale Exstirpation des Uterus mit Schluss der Bauchwunde zweckmässiger.

Herr v. Kézmárszky: Von einem durchaus planmässigem Verfahren konnte im vorliegenden Falle keine Rede sein, da man die Operation rasch beenden musste; während der Operation konnte man die Qualität des Tumors absolut nicht erkennen und erst jetzt, nach der genauen Untersuchung des Präparats, kann man eine richtige Diagnose stellen; damals musste man annehmen, dass man es wahrscheinlich mit einem supravaginalen Myom zu thun habe.

Vortrag des Herrn Tóth: Ueber Elektricität bei Frauenkrankheiten.

Mitteilung von 40 nach Apostoli behandelten gynäkologischen Fällen (23 Fälle von Myom, 10 von Metritis und Endometritis, 4 von Subinvolution und

Atonie des Uterus, 2 von parametritischem Exsudat, 1 von membranöser Dysmenorrhoe). Platin- oder Aluminiumelektrode; Thonkuchen mit Bleiplatte; vorhergehende Desinfection; Anwendung des constanten elektrischen Stromes 5—15 Minuten lang, 40—250 M—A. stark; die Zahl der Sitzungen betrug 10—40, ausnahmsweise auch mehr. Bei Blutungen wurde stets die Anode, sonst die Kathode intr uterin angewendet. Die zwei Hauptwirkungen waren: 1. Aetzung der Schleimhaut durch die an den Polen sich ausscheidenden Produkte und 2. Erregen von Contractionen des Uterus.

T. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) Mit der nötigen Vorsicht und unter gehöriger Asepsis angewendet ist die elektrische Behandlung ohne jede Gefahr.

2) In allen jenen Fällen, wo die Atonie und Subinvolution des Uterus Blutungen hervorbringt, kann das Apostoli'sche Verfahren mit gutem Erfolg angewendet werden, und obwohl uns bei diesen Erkrankungen auch andere Verfahren zur Verfügung stehen, so muss der elektrische Strom, weil er Uteruscontractionen erregend wirkt und so die Rückbildung der Gebärmutter günstig beeinflusst, als eines der wirksamsten Mittel dagegen betrachtet werden.

3) Bei Metritis chron. und Endometritis haemorrhag. wurde das Verfahren, namentlich mit Curettement verbunden, mit Erfolg angewendet.

4) Bei Fibromyomen war das Verfahren palliativ in vielen Fällen von ausgezeichnetem Erfolg; man kann jedoch nicht sagen, dass es in der Heilung dieser Erkrankung eine neue Aera brachte. Die elektrische Behandlung kann und muss in allen jenen Fällen versucht werden, wo die radikale Behandlung auf operativem Wege nicht indiciert, resp. nicht ausführbar ist. Eine vollständige Rückbildung, oder auch nur eine Verkleinerung wurde in keinem Falle beobachtet. Bei subserösen und submucösen Myomen ist nicht viel Erfolg zu erwarten.

5) Bei para- und perimetritischen Exsudaten sind mit der Massage bessere Erfolge zu erzielen; dasselbe ist bei den periuterinalen Fixationen der Fall.

---

4. Sitzung vom 21. April 1896.

Vorsitzender: Herr v. Kézmárszky; Schriftführer: Herr Temesváry.

Demonstration von Präparaten: 1) Herr Elischer: Fall von abdominaler Extrauteringravidität bei einer IV P., die zuletzt vor 6 Jahren entbunden worden war. Wegen grosser Entkräftung und Schwäche, sowie Unkenntnis des genauen Termins des Schwangerschaftsendes wurde die Laparotomie erst 3 Monate nach dem Absterben des überreifen Foetus ausgeführt. Die Geschwulst (Foetus) reichte bis zum rechten Uteruswinkel hinab, und zwar mittels eines, in breite Pseudomembranen eingehüllten gelatinösen Stranges, der einerseits in Gestalt einer Schlinge den Boden des Douglas-Raumes berührte und dort mittels granulösen Gewebes fixiert war, mit dem anderen Ende wieder in eine in der Gegend des rechten Uteruswinkels am Lig. latum sitzenden nierenförmigen, zweifaustgrossen consistenten Geschwulst überging. Leichte Entwicklung des Foetus, stärkere Blutung bei der Entfernung der neben dem Uterus befindlichen Placenta.

Die rechtsseitige Tube war etwa aufs zweifache verdickt, der rechte Eierstock stark geschrumpft; die linke Tube war sehr hyperämisch und in dem Ovarium derselben Seite waren mehrere kleine und eine kirschgrosse, mit Blut gefüllte Cyste zu finden. Exstirpation dieser Adnexa. Naht der Bauchwunde. Durch eine Bronchitis complicierte Heilung.

Herr Tauffer sieht die Todesursache des überreifen Kindes darin, dass der zur Placenta führende Teil der Nabelschnur geschwunden war. Den Fall möchte T. übrigens so erklären, dass das Ei, im äusseren Drittel der Tuba, die ja hypertrophisch gefunden wurde, anklebte so, dass wahrscheinlich ursprünglich eine tubare Schwangerschaft vorhanden war und die Abdominalschwangerschaft sich erst secundär ausbildete.

Herr Tóth verficht die Ansicht, dass bei lebender, namentlich reifer Frucht nicht abgewartet, sondern operiert werden soll.

Herr v. Kézmárszky ist derselben Anschauung und möchte auch trotz dem Unverletztsein der Tube die Diagnose der primären abdominalen Extrauteringravidität von der mikroskopischen Untersuchung des Präparates abhängig machen.

Herr Elischer bemerkt, dass an keiner der Tuben eine Oeffnung zu

finden war, sowie dass auch die Fimbrien normal beschaffen waren. Den Zeitpunkt der Operation betreffend, war bei lebender Frucht wegen des damaligen ungünstigen Kräftezustandes der Mutter nicht einmal eine Narkose zu versuchen, geschweige denn eine Laparotomie auszuführen; zudem sind die Chancen für das am Lebenbleiben solcher Kinder, namentlich, wenn früh zur Welt gebracht, sehr geringe. Auch stand die Pat. nach ihrer Aussage noch 6—7 Wochen vor dem Ende der Schwangerschaft.

2) Herr Walla: Fall von kyphotischem Becken bei einer 29jähr. O-p., an der vor 4 Wochen ein Stuprum violentum ausgeführt wurde und die seitdem schwanger ist. Höhe der Pat. 113 cm. Das Becken ist ein hochgradig verengt kyphotisches. Die Beckenneigung ist sehr gering; die Masse sind: Sp. 24,5, Cr. 26, Conj. ext. 15,5, Sp. post 10, Conj. diag. 13 cm. Das Promontorium ist mit 2 Fingern nur schwer zu erreichen; die Linea terminalis verläuft beiderseits fast gerade und ist leicht abtastbar. Die Beckenenge ist am ausgesprochensten im Ausgang, in welchem wegen der grossen Annäherung der beiden Sitzhöcker (5,5 cm) nur 2 Finger Platz haben.

3) Herr Tóth: Zwei Fälle von Sectio caesarea wegen Beckenenge, verursacht durch Geschwülste. (Aus der II. geburth. u. gyn. Klinik Prof. Tauffer's.) a) Der eine Fall betraf eine 34jähr. IP., bei der die Geburt wegen eines kindskopfgrossen im Becken unbeweglich eingekeilten intraligamentär entwickelten Cervicalfibromes nach sechstägiger Dauer und bei drohender Uterusruptur mittels Kaiserschnittes beendigt werden musste. Die Geschwulst wurde wegen diesbezüglicher ungünstiger Erfahrungen nicht entfernt. Castration. Lebendes Kind (Mädchen), dessen Länge 53 cm., Gewicht 3650 Gr. beträgt. Mutter und Kind 5 Monate nach der Operation gesund; Geschwulst etwas kleiner und beweglicher. b) Der zweite Fall betraf eine 23jähr. IP., bei der die Geburt wegen eines zweifaustgrossen, von dem rechten Schambeinast und der rechten Darmbeinschaufel ausgehenden, knorpelharten vollständig unbeweglichen Chondrom oder Chondrosarkom (?) bei absoluter Beckenenge ebenfalls der Kaiserschnitt ausgeführt wurde. Der Gebärmutterschnitt musste wegen hohen Hinaufreichens der Blase, sowie namentlich der Geschwulst, am Fundus, und der hinteren Uteruswand angelegt werden und traf die Placenta; das ein wenig asphyctische Kind wurde bald zum Leben gebracht. Die beiderseitigen Tuben wurden behufs Sterilisierung der Frau unterbunden. Die Heilung war durch einen Eiterungsprocess gestört, der von den Uterusnähten, resp. der Uterushöhle ausging und durch die Bauchwunde nach aussen sich fortpflanzte und wahrscheinlich in dem durch der Geschwulst angestauten Lochialsecret, sowie in dem Umstande, dass die Uterusnähte — wie erwähnt — an der hinteren Wand hatten angelegt werden müssen, seinen Grund hatte. Metastatische Abscesse. Pat. wurde am 96. Tage p. op. mit ihrem Kinde gesund entlassen.

4) Herr Goldberger: Angeborene Hautdefecte am reifen Kinde; Foetus papyraceus. Vortragender demonstriert ein ausgetragenes, sonst vollkommen gesundes Kind, an dem bei der Geburt an beiden Seiten der Bauchdecke, in gleicher Entfernung von der Mittellinie, entsprechend den vorderen Achselhöhlenlinien über der XII. Rippe je ein runder Hautdefect vorhanden war, der rechts etwa silbergulden-, links kreuzergross war.

Beim Blasensprung der reifen Frucht wurde mit dem reichlichen Fruchtwasser auch ein so kleiner Foetus papyraceus herausgeschwemmt, wie er in der Litteratur kaum mitgeteilt ist. Sein Gewicht beträgt nämlich 0,35 Gr., seine Länge $2^1/_2$ cm. und seine Breite 2,25 cm. Die Knochen des Kopfes, des Rumpfes und der Extremitäten, ja sogar die der Fingerglieder des aus dem 3. Monat stammenden Foetus sind gut entwickelt und in eine 1 mm dicke, den Weichteilen entsprechende dunkelbraune, durchscheinende, plattgedrückte, einer Gelatineplatte ähnliche Masse von beiden Seiten eingebettet.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Tóth: „Ueber Elektricität bei Frauenkrankheiten."

Herr Bársony referiert über 27 Fälle verschiedener Genitalerkrankungen, die er mittels Elektricität behandelte. Bei Endometritis sowie Stenose des Cervicalkanals erhielt er teils günstige, teils ungünstige Resultate. Den meisten Erfolg sah er bei interstitiellen Fibromyomen, und doch ist er auch hier mehr für das Curettement eingenommen. Bei Exsudaten ist er mehr für die Massagebehandlung.

Herr Temesváry teilt ebenfalls seine Erfahrungen in Betreff der Apostoli'schen Behandlung, die er hauptsächlich bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Fibromyomen und Subinvolution des Uterus anwandte, mit. Er verfuhr stets streng aseptisch, elektrisierte wöchentlich nur 2-, höchstens 3 mal, und das nie länger, als höchstens 5—7 Minuten lang. Er fasst seine so gewonnenen Erfahrungen dahin zusammen, dass wir in der Apostoli'schen Behandlung bei den verschiedensten, namentlich mit Blutungen einhergehenden Genitalerkrankungen (wie Myome, Fibromyome, Subinvolution, Endometritis et Metritis haemorrhag.), sowie auch bei der Stenose des Cervicalkanals ein sehr wirksames Heilmittel besitzen, welches dort, wo einerseits indifferentere und einfachere Verfahren nicht zum Ziele führten, andererseits aber die radikale Heilung des Leidens nicht dringend ist, d. h. keine vitale Indication bildet, unbedingt versucht werden soll. Das Verfahren muss stets unter Einhaltung der entsprechenden aseptischen Cautelen und mit der nötigen Vorsicht angewendet werden, die hauptsächlich darin besteht, dass die Stromstärke, sowie die Dauer und Zahl der Sitzungen stets von der Schwere des Falles, von dem allgemeinen Kräftezustande der Pat. und von dem Grade der Irritabilität des Organismus abhängig gemacht werde.

Herr Hazslinszky teilt einen Fall von subserösem Fibromyom mit, den er mit gutem Erfolg in der Weise behandelte, dass er nach vorhergehender Uterusausspülung ein mit einer 3 cm. langen Goldnadel versehenes Stilet durch die Uterushöhle hindurch in das myomatöse Gewebe stach und einen 150 M—A. starken Strom 25 Minuten lang einwirken liess.

Herr Bäcker wendet anstatt der Platinsonde stets eine biegsamere Kupferelektrode an. Er konnte stets nur 60—100 M. A. starke Ströme anwenden, was er der Verschiedenheit der Galvanometer zuschreibt. Vor Beendigung der Sitzung wechselt er den Strom auf kurze Zeit, damit der Anodenschorf die Herausziehung der Sonde nicht erschwere. Er teilt mehrere mit Erfolg behandelte Fälle von Uterusmyom mit. Er hält die elektrische Behandlung für ein weniger eingreifendes Verfahren, als das Curettement, da sie zugleich desinficiert.

Herr Temesváry bestätigt, dass das Gaiffe'sche Galvanometer um vieles (10—50 M. A.) empfindlicher ist, als das Hirschmann'sche. Es sei desshalb bei jeder Publikation anzugeben, welches Galvanometer verwendet wurde. Er erwähnt die Apostoli-Laquerrière'schen Versuche über die antiseptische Wirksamkeit des positiven galvanischen Stromes und spricht schliesslich gegen die Methode Hazslinszky's, die er für gefährlicher, als Apostoli's vaginale Galvanopunkturen hält.

Schlusswort des Herrn Tóth. T. hält das Urteil Bársony's über das Verfahren für zu streng und wundert sich, dass derselbe bei Metritis und Endometritis, sowie bei Subinvolution keine guten Resultate erzielte. Seine (T.'s) Erfahrungen sprechen gleich denen Temesváry's auch gegen die Notwendigkeit eines Stromwechsels bei Beendigung des Elektrisierens, sowie auch, wegen der Veränderungen und Degenerationen, denen fibromatöse Geschwülste so häufig ausgesetzt sind, entschieden gegen jede Galvanopunktur.

Temesváry (Budapest).

Geburtshilfliche Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 1. April 1896.

Vorsitzender: Dr. Champneys.

Demonstrationen: Dr. William Duncan: Hämatosalpinx mit Torsion der Tube.

Dr. Spencer: 1. Modificiertes Ferguson-Speculum. 2. „Skiagram" einer Sirenenbildung. 3. Projectionsbilder zur Illustration seines Vortrags über Deciduoma malignum.

Dr. Galabin: 1. Myxosarcom der Urethra eines Kindes. 2. Sarkom der cervix uteri. 3. Mikroskopische Schnitte von Abortresten (bösartig?).

Dr. Cullingworth: Geplatzte Tube und drei Wochen alter Embryo aus dem Sack einer alten Beckenhämatocele.

Dr. Malcolm berichtete über einen Fall, bei welchem am 25. September 1895 ein Abort in der sechsten Woche der Schwangerschaft vermutet wurde. Am 20. Dezember wurde die Patientin schwer krank. Sie wurde in das Samaritan-Free-Hospital aufgenommen und dort entdeckte man eine Perforation des Uterus. Der Tod trat am 24. Dezember ein. — Die Obduktion ergab Neubildungen im Uterus, rechten Ligamentum latum, in den Mediastinaldrüsen und den Lungen. Dr. Hebb berichtete, dass die Gewächse sarkomatöser Natur waren und zeigte Schnitte vor.

Dr. Alban Doran teilte (für Dr. Rutherford Morison) einen in England beobachten Fall von Deciduoma malignum mit.

Dr. Herbert Spencer berichtete ebenfalls über einen Fall von Deciduoma malignum. Redner gab eine genaue Krankengeschichte nebst Sectionsbericht eines Falles der Art aus dem Jahre 1889 — des ersten Falles nach seiner Meinung, der in England beobachtet worden ist. Die Erkrankung betraf eine junge Dänin von 27 Jahren, Zweitgebärende, deren erste Geburt im Alter von 20 Jahren stattgefunden hatte. Das erste Symptom der Erkrankung (Abgang von Stücken der Geschwulst) zeigte sich 28 Tage nach einer normalen Geburt, welche von normalem Puerperium gefolgt war. In der Folge bestand stinkender Abgang von Geschwulstteilen untermischt mit Blut. Die Erkrankung nahm einen septischen Verlauf und endete tödtlich in $10^1/_2$ Wochen nach der Entbindung. Bei der Autopsie fand man eine ulcerierte und gangränöse Neubildung an der Placentarstelle, wodurch der Fundus Uteri nahezu perforiert war. Secundäre Geschwülste fanden sich in der Cervix und in den Lungen, aber nirgends sonst im Körper. Die Geschwulst war von allen drei Stellen die gleiche und charakteristisch für Deciduoma malignum, als ein grosszelliges Sarkom mit typischem Syncytium. Folgt ein genauerer Bericht des mikroskopischen Befundes. Die Notwendigkeit einer frühen Diagnose und Behandlung mit vaginaler Hysterektomie wird hervorgehoben.

Dr. Eden hielt einen Vortr, betitelt: „Deciduoma malignum, eine kritische Studie". Vortragender berichtet über die Fälle von im Anschluss an Schwangerschaft aufgetretenen malignen Geschwülsten, welche in neuerer Zeit meist von deutschen Beobachtern beschrieben wurden. Die wichtigsten Fälle sind die von Sänger, Gottschalk, Marchand und Whitridge Williams. Sänger führte den Ausdruck „Deciduoma malignum" ein. Auch er nimmt an, dass in seinem Fall der Tumor in der Decidua entstand und grossenteils aus sogenannten Deciduazellen zusammengesetzt war. Der Vortragende meint aber, dass Zellen genau wie die, welche Sänger fand, im Uterus unter verschiedenen Umständen vorkommen und noch nicht den Ursprung der Geschwulst aus der Decidua beweisen. Gottschalk glaubt, dass in seinem Falle die Geschwulst aus einer „sarkomatösen Umwandlung" des Stromas zurückgebliebener Chorionzotten entstanden sei. Whitridge Williams' Fall besitzt die allgemeinen Charaktere eines Sarkoms; es waren Geschwülste im Uterus, in der Vagina und Vulva vorhanden; es war aber nicht klar, was die primäre Geschwulst gewesen sei. Er stützt sich bei seiner Diagnose auf die Anwesenheit von „plasmodialen" Massen in der Geschwulst, welche er für syncytialen Ursprungs hält. Marchand beschreibt zwei Fälle, bei welchen er ähnliche syncytiale Massen fand, er behauptet auch Zellen gefunden zu haben, die vom fötalen Ektoderm abstammen. In einem anderen Falle, der als Tubenschwangerschaft ausgesprochen worden war bei einem 17jährigen Mädchen, liess sich kein anatomischer Anhaltspunkt für Schwangerschaft gewinnen. Das Neugebilde in der Tube war deshalb wohl eine primäre maligne Neubildung. Der Vortragende nimmt an, dass „plasmodiale" Massen gleich denen, welche Williams und Marchand als syncytiale hinstellten, sich häufig in sarkomatösen Geschwülsten von anderen Körperstellen vorfinden und bezweifelt, dass genügende Anhaltspunkte vorhanden seien, um die Ansicht zu rechtfertigen, dass sie aus Placentarresten herstammen. Der von Mayer beschriebene Fall wird denen zugezählt, bei welchen der Ursprung einer malignen Neubildung aus zurückgebliebenen myxomatösen Zotten (Hydatidenmole) bewiesen scheint.

Vom II. internationalen Gynaekologenkongress in Genf.

Ein nicht wissenschaftlicher Bericht von Sänger.

Der Kongress begann mit einer Ausschusssitzung des „Comité permanent" am Nachmittag des 31. August zur Entgegennahme des Berichtes des „Sécrétaire général" über den gegenwärtigen Stand des Kongresses, sowie zur Vorberathung für die Wahl des nächsten Kongressortes und für den Vorschlag der Umwandlung des periodischen Kongresses in eine internationale Gesellschaft für Gynaekologie und Geburtshülfe mit beschränkter Mitgliederzahl. Deutsche waren in dieser Sitzung nicht vertreten, da von den allein zugelassenen Mitgliedern des „Comité international" und den Gründungsmitgliedern deutscher Zunge — ein solches wird man durch Zahlung von 300 Frcs. — Niemand in Genf anwesend war.

An einem der nächsten Tage fand nochmals eine Sitzung statt. Zur Berathung dieser geplanten Umwandlung entsandten die anwesenden Deutschen auf dringenden Wunsch des „Comité permanent" die Herren Kehrer und Leopold, welche sich im Wesentlichen darauf beschränkten, was Deutschland angehe, zu rathen, sich mit der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Verbindung zu setzen. So ist denn diese Angelegenheit, ebenso wie die gleichgerichtete einer internationalen Gesellschaft für Chirurgie noch nicht über die ersten vorbereitenden Schritte hinausgediehen, wird aber sicher weiter verfolgt werden.

Die erste Begegnung der Kongressisten erfolgte am Abend des 31. August in den prächtigen Sälen des „Palais Eynard" auf Einladung des Staatsrates des Kantons und des Verwaltungsrates der Stadt Genf, deren Oberhaupt die Gäste begrüsste. Im Garten spielte eine Militärkapelle. Im Hauptsaal wurden Gesangs- und Klaviervorträge von Genfer Künstlern geboten.

Am 1. September Vormittags wurde der Kongress in kurzen Worten der Begrüssung von Prof. Auguste Reverdin, Präsidenten des Organisations-Komitees, eröffnet. Hierauf sprach der in schlichter Einfachheit ohne jeden besonderen Empfang erschienene Präsident des Schweizer Bundesrates, Herr Lachenal, und nach ihm der Leiter der Abteilung des öffentlichen Unterrichts im Kanton Genf, Herr Richard, beide in geistvoller und von überraschender Sachkenntnis zeugender Rede über die idealen Ziele des Kongresses, dem sie besten Erfolg wünschten. Dann folgten in langer Reihe die Begrüssungsreden der offiziellen Abgesandten von Regierungen und wissenschaftlichen Gesellschaften.

Damit Deutschland nicht fehle, hatte es Herr Geheimrat Kehrer übernommen, im Namen der anwesenden deutschen Fachgenossen zu sprechen. Hieran reihte sich eine die bevorstehenden Arbeiten des Kongresses beleuchtende knappe, klare und humorvolle Rede des Präsidenten, Prof. Auguste Reverdin. Mit einem Bericht des Generalsekretärs Dr. Bétrix schloss die Eröffnungssitzung.

Am Nachmittag wurde mit der vollen Frische des ersten Sitzungstages in die Verhandlungen über das Thema der „Behandlung der Beckeneiterungen" eingetreten. Von den drei Referenten, Bouilly, Sänger, Howard A. Kelly, war der letztere wie man hörte, leider infolge von Krankheit, nicht persönlich erschienen. An seiner Statt war Henrotin (Chicago) dazu ausersehen worden, seinen zum Gegenstand gehörigen Vortrag statt in der Diskussion hier in exstenso zu halten. Leider

wurde wiederum durch die uns als weniger redegewand geltenden Deutschen fremde Unsitte des Ablesens langer, oft schon fertig gedruckter Abhandlungen, was in den 5 Minuten der Diskussion von Einzelnen mit fabelhafter Zungenfertigkeit geschah, viel kostbare Zeit vergeudet. Jäh unterbrochen wurde die Diskussion über die „Beckeneiterungen" durch einen heftigen persönlichen Ausfall von Doyen auf Péan, der von diesem und Segond zurückgewiesen wurde. Sonst machte sich während des ganzen Kongresses ein durchweg friedfertiger, entgegenkommender, ja herzlicher Ton geltend, ohne jeden Missklang zwischen den einzelnen Nationen.

Das zweite gynaekologische Thema über „Die chirurgische Behandlung der Retrodeviationen des Uterus", von Küstner eingeleitet, mit Polk und Pozzi als weiteren Referenten wurde nicht weniger lebhaft diskutiert, indem auch der ganze Nachmittag des 2. September noch darauf verwendet wurde.

Auf das Wissenschaftliche der Referate und der Diskussion einzugehen ist hier, wo nur der Verlauf des Kongresses geschildert werden soll, nicht der Ort. Es wird an anderer Stelle darüber berichtet werden.

Der ganze Tag des 3. September war einem Ausflug auf dem Genfer See gewidmet. Begünstigt vom herrlichsten Wetter fuhren die Kongressisten mit ihren Damen auf dem durch die Freigebigkeit des zweiten Generalsekretärs Dr. Cordès gecharterten Dampfer „Winkelried" zuerst nach Vevey, wo die grossartigen Fabrikanlagen der „Compagnie Nestlé" besichtigt wurden. Nach Einnahme eines von dieser dargebotenen üppigen „Dejeuner" im „Hôtel des trois couronnes" ging es, unter stetem heimlichen und offenen Blitzen zahlreicher „Codacs", weiter nach Montreux. Hier teilten sich die Schaaren zwischen Chillon und Glion, um sich im Kursaal Montreux wieder zu vereinigen, wo von den Aerzten des Ortes ein „Ehrenwein" kredenzt wurde. Die Stimmung bei der späten Heimkehr war eine sehr gehobene.

Am 4. Kongresstag machte sich die schon vorgesehene Spaltung in eine gynaekologische und eine geburtshülfliche Sektion notwendig; in der ersteren wurde über die „beste Methode des Verschlusses der Bauchwunde (Referenten: Granville Bantock, der noch immer auf seinem der Mikrobenlehre feindlichen Standpunkt beharrt, und La Torre) verhandelt, in der letzteren über die „relative Häufigkeit und die gewöhnlichsten Formen der Beckenverengung in den verschiedensten Ländern etc." Gemäss der Weite des Themas waren neun Referenten bestellt: Fancourt Barnes, Dohrn, Fochier, Kufferath, Lusk, Rein, Pawlik, Pestalozza, Treub. Alle waren erschienen bis auf Pawlik und Dohrn. Beide hatten jedoch ihre gedruckten Referate eingesandt, Dohrn auch noch eine sich über 17 deutsche Lehranstalten erstreckende, sehr wertvolle tabellarische Zusammenstellung.

Das Thema des 5. September „Behandlung der Eklampsie" vereinigte wieder beide Sektionen und wurde, trotzdem die Reihen sich schon gelichtet hatten, mit grosser Frische und Gründlichkeit diskutiert.

Von den Referenten Charles, Charpentier, Halbertsma, J. Veit, Mangiagalli, Parvin, Byers fehlten nur Charles und J. Veit, welche beide ihre Berichte eingesandt hatten.

Ausser den 5 Diskussions-Themen — künftig sollen es weniger werden — waren noch 67 gynäkologische und — sehr bezeichnend — nur 15 geburtshülfliche Einzelthemen angekündigt, von denen nur der kleinste Teil zum Vortrag kam.

Die im Kongresslokal veranstaltete Instrumentenausstellung war schwach beschickt: deutsche und Pariser Fabrikanten fehlten fast gänzlich. Auch fanden nicht viele Demonstrationen statt; eine der interessantesten war aber die Vorführung der verschiedenen originellen Instrumente und Apparate von Auguste Reverdin, dessen unermüdliche Liebenswürdigkeit und stete Hilfsbereitschaft, dessen stille und taktvolle Wirksamkeit allseitig die dankbarste Anerkennung fand, was bei dem officiellen Schluss des Kongresses am Nachmittag ihm, den beiden Generalsekretären, Dr. Bétrix und Dr. Cordès und allen Mitgliedern des Organisationscomité's gegenüber zum kräftigsten Ausdruck gebracht wurde.

In der That konnte man an dem nie versagenden, stets klappenden Gang der ganzen verwickelten Maschinerie eines solchen Kongresses wohl merken, dass man sich in dem Kongress-gewohnten Genf befand. Dass das gemeinschaftliche Banquet auf den Schlusstag des Kongresses verlegt werden musste, war unabänderlich: Amann jun. war unseres Wissens der einzige Deutsche, welcher, auch in einer Rede, uns würdig vertrat.

Wie die der Arbeit gewidmeten Stunden in köstlicher und gemütlicher Weise durch die private Gastfreundschaft unterbrochen und abgeschlossen wurden, das zu schildern müssen wir uns aus naheliegenden Gründen versagen: ob wir, gleich dem Kaiserschiffe des Tiberius auf dem Nemi-See, zum Mittagsmahl auf herrlicher Yacht die blauen Fluten des Lac Léman durchfuhren, ob wir in baumbeschatteten Landhäusern, ob wir in von Sammlungen und Raritäten erfüllten städtischen Wohnräumen zu Gaste waren, überall schieden wir dankerfüllt von liebenswürdigen Wirten. Auch die grosse Schweizer Landesausstellung in Genf bot den Kongressisten nicht nur reiche Unterhaltung und Anregung, sondern auch Belehrung in den Spezial-Ausstellungen der Schweizer Universitäten sowie sogar in den Ausstellungen chirurgischer Objekte von Roux, Julliard, A. Reverdin u. A. Auch die Schweizer Instrumentenmacher, besonders die aus Basel, waren stark vertreten. Ein gemütlicher Abend vereinigte alle deutschen Theilnehmer nebst etlichen Gästen im „Schweizerdorf". —

So hat denn sicher Jeder beim Scheiden von Genf Urteil und Empfindung mit sich genommen, dass der Kongress ein in allen Teilen wohlgelungener und erfolgreicher gewesen sei. Die Zahl der eingeschriebenen Teilnehmer hatte die stattliche Höhe von 420 erreicht. —

Zum nächsten Kongressort, für das Jahr 1899, wurde Amsterdam gewählt. Sitz des „Comité permanent" bleibt Genf mit A. Reverdin als Präsident, Halbertsma und Treub als Vice-Präsidenten. Als Discussions-themata sind ausersehen für Geburtshülfe: 1. Eintheilung der engen Becken. 2. Beckenaxen. 3. Ruptura Uteri; für Gynäkologie: 1. Chirurgische Behandlung der Uterus-myome. 2. Aetiologie, Symptomatologie und Behandlung der Hämatocelen. —

Von allen Seiten wurde das kleine Häuflein der deutschen Teilnehmer — es waren ihrer im ganzen 9; aus der deutschen Schweiz war nur Walthardt (Bern), aus Oesterreich-Ungarn nur v. Mars (Krakau) und

Latzko (Wien) erschienen — mit Fragen nach den Gründen der geringen Beteiligung der Fachgenossen deutscher Zunge bestürmt. Die Antworten konnten nur ausweichende sein, da fassbare Gründe nicht anzuführen waren, Ferienstörung und Kongressmündigkeit noch die einzigen, die man zaghaft nennen konnte, neben der Andeutung einer nicht entsprechenden Vertretung in der Leitung und Organisation des Kongresses. Es muss aber gerechter Weise betont werden, dass es an Bemühungen das deutsche Element stärker heranzuziehen von Anbeginn nicht gefehlt hat, dass solche vor und auf dem diesmaligen Kongress wieder aufgenommen worden sind und gewiss fortgesetzt werden.

Um ihnen mehr Erfolg zu verschaffen, müsste meines Erachtens eine Aenderung in der Organisation des „Comité permanent" Platz greifen, dahin gehend, dass dieses durch cooptierende Wahl hervorragende Fachgenossen, z. B. die jeweiligen Ehrenpräsidenten, aufnähme, dagegen von den Gründungsmitgliedern nur eine gewisse durch Wahl bestimmte Anzahl. Für die erste Gründungszeit mochte diese Massregel der Heranziehung von Gründungsmitgliedern zu 300 Frcs. wohl geboten gewesen sein: heute, wo der Kongress auch finanziell gesichert ist, nicht mehr.

Die Deutschen werden es dann selbst in der Hand haben die ihnen gebührende Stellung einzunehmen.

Die ehrende und herzliche Aufnahme, welche den wenigen Deutschen in Brüssel und Genf zu Teil wurde, deutet an, welchen Empfang gar die Männer unseres Faches finden werden, auf deren Besitz wir stolz sind, welche sich aber von diesen Kongressen, wo die anderen Nationen ihre besten Vertreter entsandten, bis jetzt fernhielten.

Ihre Lebensfähigkeit, ihre Berechtigung, ihren Nutzen haben die Internationalen Gynäkologen-Kongresse auch vor dem strengsten Urteil bewiesen. Wenn, wie thatsächlich der Fall und bekannt ist, die Internationalen Kongresse der Dermatologen und Ophthalmologen bei hervorragender Beteiligung von deutscher Seite blühen, warum nicht auch ebenso die der Gynäkologen?!

Wird vollends der „Periodische Internationale Gynakologen-Kongress" in eine „Internationale Gesellschaft für Gynäkologie" umgewandelt, so liegt es im direktesten Interesse der deutschen Fachgenossen und der deutschen wissenschaftlichen Gesellschaften sich eine massgebende Stellung von vornherein zu sichern.

Wie bekannt, ist auch eine „Internationale Gesellschaft für Chirurgie" in Vorbereitung, an welcher die „Deutsche Gesellschaft für Chirurgie" führenden Anteil nimmt. Vielleicht mag dies der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie" den Anstoss geben dem Beispiel ihrer älteren, grossen Schwester zu folgen.

Buchanzeige.

Leopold und Theodor Landau. Die vaginale Radikaloperation. Technik und Geschichte. Berlin. A. Hirschwald 1896.

Die beiden Autoren haben für die Verbreitung der vaginalen Adnexoperationen seit Jahren in Wort und Schrift in thatkräftiger Weise gewirkt. Dadurch ist es ihnen gelungen, die deutschen Fachgenossen zu veranlassen, dieser

Operationsmethode näher zu treten und sie zu prüfen. Die vorliegende Monographie dient dem gleichen Zweck und hat den Vorzug vor den anderen Veröffentlichungen, dass sie denen, welche bisher noch keine eigenen technische Erfahrungen in den vaginalen Adnexoperationen gesammelt haben, als Wegweiser dient. Die in Frankreich schnell in Aufschwung gekommene Methode der vaginalen Radikaloperation hat sich bei uns im Ganzen wenig Freunde zu verschaffen vermocht; als hauptsächlichsten Grund hierfür sehen die beiden Autoren das Fehlen strikter Indikationen für den Eingriff und der hierzu notwendig aufzustellenden pathologisch-anatomischen Diagnose der Erkrankung an. Gegenüber diesem Manko in den französischen Veröffentlichungen vindiciert sich L. Landau das Verdienst den Terminus „Suppuration periuterine" in seine einzelnen Erscheinungen pathologisch-anatomisch zerlegt zu haben und so der Operationsmethode eine weit klarere Indikationsstellung verschafft zu haben, ohne welche eine weitere Verbreitung derselben unmöglich sein müsse.

Anerkennenswert ist der grosse Fortschritt, den die Autoren in Ausbildung ihrer Methode gegenüber den französischen Autoren darin gemacht haben, dass sie principiell sich gegen die isolierte Auslösung des Uterus bei den eitrigen Adnexerkrankungen, die Castration utérine Péan's aussprechen und für die vaginale Operation den Satz aufstellten, dass sie eine radikale sein solle. Da wo man auf vaginalem Wege dieser Förderung nicht gerecht werden konnte, verlangen die Autoren die sofortige Ausführung der Exstirpation der Adnexa auf abdominalem Wege. — Erstere Forderung technisch zu erfüllen, wodurch allein der Operation Existenzberechtigung zugesprochen werden konnte, dazu trug zweifellos die L. Landau'sche Methode der Enucleation bei. Wie die Autoren in der Besprechung des technischen Teils selbst darthun, ist die präventive Versorgung der Gefässe ein Hindernis in der Ausführung der Methode, mit dem erst der Geübtere fertig werden kann, die Enucleationsmethode dagegen mit ihrer nachträglichen Gefässversorgung und mit oder ohne Zerkleinerung des Uterus (sagittale Spaltung) lässt die Technik der Auslösung der Adnexa zu einer weit sicheren Methode werden.

Hier liegen die Verdienste L. Landau's. Selbst die Art der Beweisführung, die L. Landau zu führen beliebt und die sich in einer unangenehm berührenden Verkleinerung der Gegner selbstlobend erhebt, wird uns in der Anerkennung dieses Verdienstes nicht beirren. Dass bei doppelseitiger eitriger Adnexerkrankung der Uterus nicht nur überflüssig, sondern dass er als Etappenstation des die Genitalorgane inficierenden Virus eine schwere Schädigung des Körpers trotz der Entfernung der Adnexe darstellen kann, wird heute weit bereitwilliger als früher den Freunden der vaginalen Operationsmethoden zugestanden.

Als Indikationen stellt L. Landau auf für vaginale Radikaloperation die doppelseitige Erkrankung der Uterusanhänge und die Trennung in uni- und multilokuläre Herde. Bei einseitiger Erkrankung ist einseitige Ausschneidung, bei unilokulären Abscessen oder Pyosalpingitiden ist die blosse Incision zu versuchen. Bei bilateralen und multilokulären Eitersäcken ist die Exstirpation des Uterus und der Adnexe, möglichst allein per vaginam am Platze. Eine Erweiterung erfährt die Anwendung des Verfahrens durch die Möglichkeit auch den myomatösen Uterus nach entsprechender Verkleinerung per vaginam zu entfernen. Das vorliegende Buch befasst sich allein mit der vaginalen Radikaloperation, für welche es als ein Lehrbuch sich darstellt. Wir wollen es deshalb auch unterlassen auf die anderen obigen Indikationen einzugehen, von denen die blosse Incision recht angreifbar ist. Wir können es indess nicht unterlassen, auf die weiteren technischen Fortschritte und Methoden hinzuweisen, welche im Anschluss an die Idee der vaginalen Radikaloperation erdacht worden sind und welche die operative Gynäkologie in wieder neue Bahnen gelenkt haben, d. s. die von Dührssen inauguriorten Operationen, welche nach Eröffnung der vorderen Plica peritonealis den Weg zur Bauchhöhle bahnen und dadurch ohne Entfernung des Uterus Operationen an diesem und den Adnexen ermöglichen, wie die Vaginifixatio uteri (Dührssen), Verkürzung der Ligg. rotunda, sacro-uterina (Wertheim), die Exstirpation einseitig erkrankter Adnexa (Dührssen), die Operation von hochsitzenden Blasenscheiden- und Blasencervixfisteln (Mackenrodt), ferner die Kolpo-Koeliotomia posterior u. a. L. und Th. Landau gehen über diese Operationsmethoden, deren mittelbare Vorgänger sie selbst sind, mit ironischen Nebenbemerkungen und mit historischen Prioritätsandeutungen vergangener Jahrzehnte

hinweg. Ebenso wie die Autoren auf der Idee der französischen Autoren fussend ihre eigene Methode ersannen, so verdienen auch jene Autoren und ihre Methoden die gleiche Anerkennung für die Vervollkommnung der operativen Gynäkologie.

Das Buch zerfällt in 2 Teile, von denen der erste sich mit der Geschichte und der Indikation der Operation beschäftigt und einen specielleren, 120 Druckseiten starken Teil, die Technik der Operation behandelnd.

Mit Uebergehung des historischen Teils und der Darstellung der hervortretenden Prioritätsansprüche, wenden wir uns direkt in medias res. Mit Recht führen die Autoren aus, dass ihr Verfahren insofern als es die Anlegung der Klemmen, sei es praeventiv oder definitiv, bei der Operation, der Exstirpation des Uterus und seiner Adnexa betrifft, kein eigenes ist und nicht das Wesentliche ihres Verfahrens darstellt. Das Verfahren, welches beide Autoren in Anschluss an die von den Franzosen inaugurierte Methode als ihre eigene Methode ersonnen und durchgeführt haben, ist die Enucleationsmethode, d. h. die völlige Freilegung und Entwickelung der auszuschneidenden Teile mit völliger Vernachlässigung der Gefässversorgung. Die Verfasser geben zu, dass nach Vollendung dieses Enucleationsverfahrens die Naht an Stelle der Klemmen in Anwendung kommen könnte. Wenn sie trotzdem in jedem Falle die Klemmen der Ligatur vorziehen, so begründen sie dies in gewissen Vorzügen der Klemmen. Dass diese Vorzüge wirklich so wertvoll sind, dürfte allerdings Widerspruch erfahren und die Anwendung der Klemmen wird wohl lediglich als ein ausgezeichnet bequemes und schnell blutstillendes Mittel sich Eingang verschaffen. Nicht jeder Fachgenosse wird deshalb, wenn er die Enucleationsmethode der Verfasser acceptiert, auch die definitive Blutstillung durch Klemmen acceptieren. Als besondere Vorzüge der Klemmen betonen Verfasser „Sparen von Blut, dadurch Verkürzung der Operation und Beschränkung in der Anwendung des Betäubungsmittels". Letzteres wird kaum zu bezweifeln sein. Ferner „leichte Handhabung bei der Revision der Stiele im Gegensatz zur Ligatur". Sehr anfechtbar! Im Gegenteil hindern die Klemmen fast immer die Anwendung von Ligaturen, insofern als die erste definitiv angelegte Klemme fast immer einen Zwang bildet, die weitere Blustillung ebenfalls durch Klemmen zu stillen, ganz sicher wenigstens bei Nachblutungen nach Vollendung der Operation, so dass die Zahl der liegenbleibenden Klemmen eine unangenehme Grösse erreichen kann und die Revision der Stiele sicher weniger handlich macht als bei der Ligaturmethode. Auch über alle anderen genannten Vorteile der Klemmen lässt sich streiten: Schaffung eines extraperitonealen Heilungsprocesses, Drainagemittel, ertötende quetschende Wirkung bei Carcinom etc. Es bleibt die Klemme immer ein schnelles und bequemes Mittel zur Vollendung der Operation, der sich der Einzelne je nach Vollendung seiner Technik bedienen oder sich entschlagen wird. Dagegen wird die „Klemmmethode eine „Methode des Zwanges", wie Verfasser in Anlehnung an den französischen Terminus es bezeichnen, bei allen denjenigen Fällen, bei welchen die Enucleationsmethode nicht möglich ist, d. h. bei stark fixiertem Uterus.

Ein ganz besonderes Kapitel widmen die Verfasser dem Abschluss der Bauchhöhle. Sie deducieren folgendermassen: Durch das Liegenbleiben der Klemmen werden die Stümpfe der Ligamente in die Scheide hineingezerrt, ihre Elasticitätsverhältnisse werden soweit geändert, dass die Stümpfe nicht mehr in den intraperitonealen Bereich zurückweichen, der über die Pincenspitzen hinausgeschobene Mull, der das ganze Wundgebiet bedeckt, bildet ein starkes Reizmittel für die in seinem Umkreis schnell erfolgenden peritonitischen Verklebungen, und insofern er eine bestimmte Reihe von Tagen in dieser Lage verharrt, unterhält er weiterhin die plastische Tendenz des Peritoneums. Dadurch wird der Bauchfellsack geschlossen, die Wundhöhle aus seinem Bereich ausgeschaltet und in den der Scheide gerückt, und sodann liegt der umgebildete Verschluss des Peritoneums an der richtigen Stelle, d. h. über dem Niveau der sich reinigenden Wunde.

Alles dies ist fraglos richtig und notwendig. Aber diese Notwendigkeit des Verfahrens ist nicht seine Tugend! Für den Operateur, der diese Methode aus längerer Erfahrung kennt, ist es ausser Frage, dass die Bauchhöhle aus den Gründen, welche die Autoren anführen, nicht geschlossen werden darf, wie es z. B. Doyen und andere empfohlen haben. Aber jede Operation, bei welcher das Peritoneum nicht abgeschlossen ist, sondern aus technischen Gründen offen und drainiert bleiben muss, bildet eine unvollendete Operation insofern, als sie

die Gefahr einer sekundären Wundinfection nicht ausschliesst.[1]) Der Gefahrenquotient dieses Verfahrens wird noch gesteigert dadurch, dass der durch entzündliche circumscripte Peritonitis gebildete Abschluss nicht wie der vom Operateur selbst durch die Naht ausgeführte zwischen den parietalen Wundflächen des Peritoneums stattfindet, sondern zweifellos im visceralen Peritoneum d. h. mit Beteiligung der Därme und des Netzes vor sich geht. Dass lediglich dadurch schwere Schädigungen in der Wundheilung (Ileus) folgen können, hat Referent selbst beobachtet und zweimal durch die erneute Eröffnung der Bauchhöhle, einmal post mortem, einmal in viva bestätigt gefunden. Auch die von den Autoren gegebene Schilderung des „Pseudoileus" (p. 160) nach ihren Operationen gehört hierher, da es sich in diesen Fällen um frische durch die schnell eingreifende zweckentsprechende Therapie gelöste Darmadhäsionen und Abknickungen im Wundtrichter handelt. Beide Gefahren sind demnach vorhanden und als Folgen der Methode mit in den Kauf zu nehmen, wenn sie auch glücklicherweise nach der Landau'schen Statistik, dessen Beobachtungsmaterial zur Zeit ja das grösste ist, nicht zu häufig sind.

Ueber das Morcellement sind die Angaben der Verfasser erwähnenswert. Durch die sagittale Spaltung und das Aufrollen des Uterus wird es möglich gemacht, das fixierte Organ selbst zu lockern oder aber da, wo die Fixation der Adnexa das Tiefertreten des Uterus verhindert, Platz für einen oder zwei einzuführende Finger zu schaffen und so die Auslösung der fixierten Adnexa zu erleichtern. Wo diese Auslösung nicht möglich ist durch schwielige parametritische Narben, wird die Entwicklung in situ durch das Morcellement, die Zerstückelung des Uterus, empfohlen. Geboten ist dies zur Verkleinerung des Uterus durch Tumoren, speciell Fibroide. Gemeinsam bleibt aber allen zerstückelnden Verfahren die Befolgung des wesentlichen Prinzipes: die primäre Freilegung der kranken Organe und Stielbildung.

Im technischen, zweiten Teile des Buches finden wir die Einschränkungen angegeben, welche das Prinzip der primären Freilegung und der sekundären Blutstillung notwendiger Weise in Fällen starker Fixation des Uterus erfahren muss. Dies sind zunächst die Fälle von Carcinom oder Sarcom des Uterus, bei welchen der Uterus fixiert ist, die Zerschneidung aber durch die maligne Erkrankung sich verbietet. Die Autoren legen hier auf die Versorgung der Gefässe (Vasa uterina) mittels Klemmen statt durch Ligatur besonderen Wert. Ferner gehören hierher die Fälle von Adnexerkrankungen, bei welchen durch parametritische und pachypelviperitonitische Processe der Uterus völlig ummauert ist und jegliche Beweglichkeit verloren hat. Hier hält Referent die Grenzen der vaginalen Operation für nicht scharf genug gezogen, und sicherlich würden die Autoren von Hause aus mehr Anhänger sich geworben haben, wenn sie sich mit der Schilderung dieses speciell französischen Verfahrens begnügt und sich in der Verteidigung und Empfehlung desselben zurückhaltender, ja etwas abweisender verhalten hätten. Die für diese schwersten Fälle empfohlene Castration utérine durch Péan's Morcellement des Uterus, welche den Uterus entfernt, die kranken Adnexa dann entweder per laparotomiam herausholt oder sie völlig zurücklässt, daneben aber in der Technik durch die Möglichkeit der Blasenverletzung, Gefässzerreissung, Verletzung von verlöteten Darmschlingen die Patientin in die grösste Gefahr bringt, darf nimmermehr mit der Laparotomie concurrieren, deren Technik eine weit klarere und sichere ist. Ganz besonders möchte Referent hier auf die Fortschritte hinweisen, welche die abdominale Operation derartig schwerer Adnexerkrankungen durch Schauta und besonders Bardenheuer erlangt hat. — Es widerspricht im Uebrigen diese Empfehlung der isolierten Gebärmutterausschneidung den Principien, welche die Autoren selbst sich für die Ausbildung ihrer Methode der vaginalen „Radikaloperation" gesteckt und im Kapitel V ihres allgemeinen Teils dargelegt haben.

Dies Kapitel, die vaginale Radikaloperation in den schwierigen Fällen, bei denen Zerschneidung, Totalspaltung, regelmässige und unregelmässige Zerstückelung zur Ermöglichung des Verfahrens notwendig ist, sind wie überhaupt die technische Seite des Verfahrens äusserst lebendig, zuweilen sogar etwas breit

[1]) Ueber eine solche Sekundärinfection berichtete vor kurzem Olshausen.

geschildert und werden durch ganz vorzügliche Zeichnungen unterstützt. Im Ganzen ist in der Verteidigung der vaginalen Operation indessen die Auftragung der Farben, wie erklärlich, eine häufig zu günstige, und wenn auch die Verfasser die Schwierigkeiten, speciell in der Gefässversorgung und den Darmadhäsionen nicht unbesprochen lassen, so wird doch leicht ihre Darstellung zu einer Unterschätzung der technischen Schwierigkeiten führen.

Wie weit das vorliegende Buch, das in vielen Stellen seinen ursprünglichen Plan, ein „Lehrbuch" zu sein verlässt, und ein „Kampfbuch" geworden ist, der vaginalen Operation neue Freunde verschaffen wird, lässt sich nicht absehen. Sicher wird es manche Gegner zu erneuten Versuchen anregen und der vaginalen Radikaloperation, soweit sie wirklich eine radikale sein will und kann, einen ihr würdigen Platz einräumen, der sicherlich bescheidener sein wird, als ihre Autoren ihr und sich vindicieren, aber doch auch sicher besser als die bisherigen Gegner des Verfahrens vorläufig einräumen. A. Czempin.

Tages-Nachrichten und Notizen.

Dr. de Seigneux hat sich für Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Genf habilitiert.

Gestorben in Paris Dr. Gustave Lagneau, Mitglied der „Académie de Médecine", Autor zahlreicher anthropologischer und demographischer Arbeiten, von welchen hier besonders genannt seien die „Statistik der weiblichen Pubertät in Frankreich", die „Vergleichenden Untersuchungen über die Menstruation in Frankreich und verschiedenen Ländern" etc.; vor Allem bekannt durch seine Forschungen, welche sich mit dem Rückgang der Geburtsziffer in Frankreich und deren Abhilfe beschäftigen.

Herr Dr. Maslowsky in St. Petersburg, dessen Aufsatz „Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta vom normalen Sitz. Endometritis decidualis gonorrhoica" wir im Septemberheft der „Monatsschrift" gebracht haben, ersucht uns mitzuteilen, dass er seine Arbeit am 27. Juni 1896, also vor Kenntnisnahme der im Augustheft abgedruckten Arbeit von Dr. Julius Neumann in Wien „Ueber puerperale Uterusgonorrhoe" eingereicht habe, was wir bestätigen. Durch den von uns in einer Anmerkung zur Arbeit Maslowsky's gegebenen Hinweis auf den Neumann'schen Aufsatz sollte gerade deren beiderseitige Unabhängigkeit dargethan werden. D. H.

Litteratur-Verzeichnis.

I. Geburtshülfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Dietrich, E., Das Hebeammenwesen in Preussen. Mit besonderer Berücksichtigung seiner geschichtlichen Entwickelung und Vorschlägen zu seiner Reform. Merseburg, F. Stollberg, 1896.

Dührssen, A., Geburtshülfliches Vademecum für Studierende und Aerzte. Mit 40 Abbildgn. VI. verm. u. verb. Auflage. Berlin 1896. S. Karger.

Fothergill, W. E., Manual of midwifery for the use of students and practitioners. Edinburgh: William F. Clay, New-York: Macmillan & Co. 1896.

2. Allgemeines.

Brindeau, A., Du détroit moyen au point de vue obstétricale. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896 (Referat).

Durand, Essai de statistique obstétricale comparée. Thèse. Bordeaux 1895—96.

Gardner, H. Bellamy, On the use of anasthesia in obstetric practice (Fortsetzung). Brit. Gyn. Journ. August 1896.

Hirst, Barton Cooke, Modern methods in the treatment of puerperal infection and their comparative worth. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Lindfors. Wer hat zuerst die grobanatomischen Verhältnisse des vo Mutterkuchens richtig verstanden? Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 2.

Miranda, Antisepsi ed Asepsi in Ostetricia (Fortsetzung). Arch. di Ostetr. e Gin. 1896. No. 6—7.

8. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Chazan, S, Zur Frage der Hyperemesis gravidarum. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 33.

Davis, Edward P., Intestinal bacteria as a source of infection complicating obstetric operations: With report of cases. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Novelli, Embolismo cerebrale durante il travaglio di parto. Arch. di Ostetr. e Gin. 1896. No. 6—7.

Rech, Zur Behandlung des Erbrechens während der Schwangerschaft mit Orexinum basicum. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 33.

Tridondani, Tre gravidanze normali dopo nefrectomia. Ann. di Ost. e Gin. Luglio 1896.

Walker, John W., Inversio uteri. Lancet. 1896. No. 3809.

Weber, A., Hydrops des Fötus und der Mutter, bedingt durch Schwangerschaftsniere. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 35.

Zamazal, Josef (Wsetin), Deviatio lateralis cum elevatione uteri post partum. Wien. Med. Bl. 1896. No. 33.

4. Enges Becken.

Fieux, Du passage de la tête foetale dans les bassins aplatis et dans les bassins à type infantile. (Recherches expérimentales et cliniques.) Thèse Bordeaux. 1895—96.

Homano, Primipare. — Bassin rétréci de 9 centimètres au plus. — Présentation vicieuse, réduite par manoeuvres externes. — Acouchement spontané en OPD. — Enfant vivant. — Couches normales. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.

Sellinghaus, Ein neuer klinisch beobachteter Fall von Spondilolisthesis. Arch. f. Gyn. 52. Bd., 2. H.

Vedeler, B., Et tilfalde af spondylo-listhetisk baekken (Fall v. sp.-l. Becken). Norsk. Mag. f. Laegevid. 1896. No. 8.

Whitridge, S. Williams, The frequency of contracted pelves in Baltimore. Bull. of Johns Hopkins Hosp. August 1896.

5. Geburtshülfliche Operationen und Therapie, Abortus, Operationen im Wochenbett.

Audebert, A, Quatre observations de symphyséotomie. Ann. de Gyn. et d'Obst. Août 1896.

Caruso, Metodi antichi del taglio cesareo (Fortsetzung). Arch di Ostetr. e Gin. 1896. No. 6—7.

Byers, John W., A plea for the early recognation and treatment of puerperaé fever. Lancet, 1896. No. 3608.

Decio, Del parto forzato e del taglio cesareo in gravida agonizzante (Fortsetzung). Ann. di Ost e Gin. Luglio. 1896.

Freund, H. W., Ein gerichtlicher Fall von Gebärmutter- und Scheidenzerreissung bei Hydramnios. Deutsch. med. Woch. 1896. No. 35.

Füth, S., Zur Behandlung der Placenta praevia. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 36.

Hamill, Robert H., Cesarean section and hysteromyomectomy for myofibroma of the uterus complicating pregnancy. Recovery. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Henck, Einige kurze Bemerkungen zu dem Aufsatz: Ueber die Wendung in der Bauchlage von Dr. Mensinga. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 34.

von Hofmann, E., Perforation des Scheidengewölbes mit dem Zangenlöffel. Kunstfehler oder unglücklicher Zufall? Wien. klin. Woch. 1896. No. 36.

Neugebauer, F., 58 cas, d'opération césarienne. Warschau. 1896.

Petitpas, Accouchement provoqué au huitième mois de la grossesse chez une rachitique. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.

Strebel, Ein Beitrag zur Lösung der Kaiserschnittsfrage. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 2.

Vallois, Différentes manières d'appliquer le forceps au détroit supérieur dans les cas où ce détroit est rétréci suivant son diamètre antéro-posterieur. Montpellier 1896.

Welti, Emil, Zur Behandlung der Placenta praevia. Corresp.-Blatt f. Schw. Aerzte. 1896. No. 16.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Bacon, C, S., Diagnosis of ectopic pregnancy. Ann. of Gyn.a . Pæd. Aug. 1896.

Blanc, M. H., Hématocèle par rupture de grossesse tubaire gauche. — Hématosalpinx droit. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Mort par perforation du duveténale. Arch. gén. de Méd. Sept. 1896.
Cestan, E., Les hémorrhagies et l'hématocèle pelviennes intra-péritonéales. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.
Cosh, Andrew J. Mc., Extrauterine Foetation. Report of fifteen cases treated by operation. Amer. Journ. of Med. Sciences. August 1896.
Galabin, Extra-uterine foetation not primarily tubal. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.
Hammerschlag, R., Curettement bei Graviditas extra-uterina. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 36.
Henrotin, Fernand, Vaginal section for extra-uterine pregnancy. Amer. Gyn. and Obst. Journ. August 1896.
Kelly, Howard A., The treatment of extra-uterine pregnancy, ruptured in the early months, by vaginal puncture and drainage. Amer. Gyn. and Obst. Journ. August 1896.
Leopold, Ausgetragene sekundäre Abdominalschwangerschaft nach Ruptura uteri traumatica im 4. Monat. Laparotomie. Genesung. Arch. f. Gyn. 52. Bd., H. 2.
Smith, Charles N., The treatment of ectopic gestation by abdominal section. Ann. of Gyn. a. Pæd. Aug. 1896.

7. Eklampsie

Lefloch, Quelques remarques sur l'éclampsie puerpérale. Thèse, Bordeaux 1895—96.
Steiner, Ferdinand, Zur Eclampsia gravidarum. Wien. med. Bl. 1896. No. 35 u. 36.
Vitanza, Sul parto forzato in donne agonizzanti per eclampsia. Arch. di Ostetr. e Gin. 1896. No. 6 u. 7.

8. Osteomalacie.

Piretti, Guarigione rapide e completa di osteomalacia con la castrazione. Arch. di Ostetr. e Gin. 1896. No. 6—7.

9. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

Clasen (Altona-Bahrenfeld), Von der Wiederbelebung scheintot geborener Kinder. Zeitschr. f. prakt. Aerzte. 1896. No. 16.
Cocchi, Contributo allo studio delle cause di morte del feto subito dopo il parto. Ann. di Ost. e Gin. Luglio 1896.
Flemming, S., Transient amblyopia during lactation. Lancet. 1896. No. 3806.
Hegar, A., Brüste und Stillen. (Aus der gynäkologischen Universitätsklinik in Freiburg in B.) Deutsch. med. Woch. 1896. No. 34.
Jarre, V., De la valeur de l'examen de la bouche dans le choix d'une nourrice. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.
Kerz, J. L., Acephalous infants. Lancet. 1896. No. 3806.
Piering, Oscar, Erfolgreiche Laparotomie einer rupturierten Nabelschnurhernie in der 1. Lebensstunde. Prag. med. Woch. 1896. No. 31.
Powell, Hunter H., Hints of the general menagement of infants from a practical standpoint. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.
Schaeffer, Ueber die Schwankungsbreite der Gewichtsverhältnisse von Säuglingen in den ersten 14 Lebenstagen und die Ursachen dieser Schwankungen. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 2.
Schultze, B. S., Ueber die beim Scheintot Neugeborener vorliegenden Indikationen. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 37.
Spencer, H. R., Diagram of a sireniform Monster. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Fraenkel, Ernst, Tagesfragen der operativen Gynäkologie. Beobachtungen und Ergebnisse der operativen Thätigkeit in den Jahren 1893—1896. Wien und Leipzig, 1896, Urban & Schwarzenberg.
Schick, Richard, Die Myomotomie mit retroperitonealer Stielbehandlung. Sammlg. klin. Vorträge. No. 158. Leipzig, 1896, Breitkopf & Härtel.

Smith, Alfred J., Report of the work done in the gynecological department of St. Vincent's hospital, Dublin. Brit. Gyn. Journ. August 1896.

11. Allgemeines.

Clark, S. G., Prevention of thirst following abdominal operations. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Doléris, J. A. u. *Pichevin, R.*, Valeur sémiologique de la douleur. La Gynécologie. Août 1896.

Humiston, William H., A method of preventing thirst after celiotomy, with the study of the Urine. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Leinwächter, Zur Frage des Studiums der Medicin des Weibes. Berlin 1896. Heuser.

Kevy, Heinrich, Zur Behandlung der weiblichen Sterilität. Zeitsch. f. prakt. Aerzte. 1896. No. 16.

Madsen, Sigvard (Bergen), Om klorose og dermed beslægtede sygdomme (Ueber Chlorose und damit verwandte Krankheiten). Med. Revue, Juli—August 1896.

Napier, Leith, Note on the administration of animal extracts and allied substances during the menopause. Brit. Gyn. Journ. August 1896.

Prendergast, James F., The bicycle for women. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Regnier, L. R., Traitement des maladies des femmes par l'électricité. Alcan, 1896. Besprochen in: Ann. de Gyn. et d'Obst. Août 1896.

Secheyron, L'état mental de la femme dans les affectations génitales. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.

Wetherill, H. G., Careful Case-recording as a factor in exact diagnosis and an aid to rational treatment. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

12. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Hahn, Alfred, Ein Stadium der Placentarentwickelung. Beobachtung aus der Breslauer Universitäts-Frauenklinik des Herrn Prof. O. Küstner. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, H. 3.

Johnstone, A. W., The function and pathology of the reticular tissue. Amer. Gyn. and Obst. Journ. August 1896.

Muscatello, Ueber den Bau und das Aufsaugungsvermögen des Peritoneums. Virchow's Arch. Bd. 142.

Opitz, E., Ueber die Veränderungen des Carcinomgewebes bei Injektionen mit „Krebsserum" (Emmerich) und Alkohol. Berl. klin. Woch. No. 34. 1896.

13. Vulva, Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Boisleux, Ch., De la paramétrite et de la perimétrite; diagnostic et traitement. La Revue Médicale. 26. Août 1896.

Dumitreau, Marie, Traitement des absences congenitales du vagin. Ann. de Gyn. et d'Obst. Août 1896.

Hallé et Veillon, Étude bactériologique des vulvo-vaginites chez et du conduit vaginal à l'état sain. Arch. de Méd. expér Mai 1896.

Meyer, Robert, Zur Aetiologie der Gynatresien auf Grund der einschlägigen Casuistik. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, H. 3.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Blondel, R, Traitement opératoire des Retrodéviations utérines. La Gynécologie, Août 1896.

Brioude, Etienne, De la Sclérose de l'utérus (Fortsetzung). La Gynécologie, Août 1896.

Cripps, Harrison, Adjourned discussion on abdominal hysterectomy with intraperitoneal treatment of the stump. With notes on eight cases. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

Edebohls, George M., The indications for ventral fixation of the uterus. The Med. News, 14. March 1896.

Eden, T. W., Deciduoma malignum: A criticism. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

Edge, F, Case of uterus bicornis septus. Brit. Gyn. Journ. August 1896.

Gessner, Adolf, Ueber den Wert und die Technik des Probecurettements. (Aus der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Berlin.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, H. 3.

Knaus, K. und *Camerer, P.*, Adenoma cervicis malignum cysticum. (Aus dem Laboratorium des I. Stadtarztes in Stuttgart.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXIV, H. 3.

Laroyenne, Des métrorrhagies des jeunes filles justiciables d'un curettage intra-utérin. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.

Macan, J. J., Vagino-fixation of the uterus. Brit. Gyn. Journ. Aug. 1896.

Malcolm, Notes of a case of malignant disease of the uterus with numerous deposits in the lungs and death following an abortion. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

Morton, Charles A., A case of supra-vaginal amputation of the cervix for carcinoma during the fifth month of pregnancy, with some remarks on the operative treatment of cancer of the uterus complicating pregnancy. Lancet. 1896. No. 3806.

Neumann, Julius, Ein Fall von „Malignem Deciduom". Wien. klin. Woch. 1896. No. 36.

Noble, Charles P., Suspensio uteri with reference to its influence upon pregnancy and labor. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Peterson, Reuben, Hysterectomy as an accompaniment to bilateral removal of the appendages. Amer. Gyn. and Obst. Journ. August 1896.

Pick, Gebärmutterverdoppelung und Geschwulstbildung unter Berücksichtigung ihres ätiologischen Zusammenhanges. Arch. f. Gyn. 52. Bd., 2. H.

Morison, J. Rutherford, A case of deciduoma malignum occuring in England. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

Schramm, Dreiunddreissig vaginale Uterusexstirpationen nach Péan-Richelot Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 2.

Schweizer, A., Ueber Alexanderoperationen. Correspondenz-Blatt f. Schw. Aerzte. 1896. No. 17.

Spencer, Herbert R., A case of deciduoma malignum. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

15. Ovarium. Tuben. Ligamente.

Deguy, Infectious endocarditis following pyosalpinx. Ann. of Gyn. a. Paed. Aug. 1896.

Gannon, M. E. Mc., Extraperitoneal shortening of the round ligaments. Amer. Gyn. and Obst. Journ. August 1896.

Hahl, Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Arch. f. Gyn. 52. Bd., 2. H.

Kelly, Howard A., Five cases of ovariotomy in Women over seventy years of age. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

Manqin. Kystes dermoïdes compliquant la grossesse. — Applications de la théorie pathénogénèse. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.

Wolff, Ueber die Tuberculose des Eierstocks. Arch. f. Gyn. Bd. 52, H. 2.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Cordier, A. H., The vaginal vs. the abdominal method of dealing with inflammatory diseases of the pelvix. Amer. Gyn. and Obst. Journ. August 1896.

Jahreiss, Ein Fall von Platzen der Bauchwunde nach Laparotomie. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 37.

Labusquière, R., De la coeliotomie vaginale. (Sammelref.). Ann. de Gyn. et d'Obst. Août 1896.

Nélaton, M., Deux observations de péritonite. Ann. de Gyn. et d'Obst. Août 1896.

Norris, Richard C., Tubercular peritonitis. Amer. Journ. of Obst. Aug. 1896.

17. Harnorgane. Fisteln.

Casper, L., Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. Berlin, Oscar Coblentz. 1896.

Fincke, Blasenscheidenfistel und Blasensteine, veranlasst durch Foetusknochen. Deutsche med. Woch. 1896. No. 33.

Galabin, Myxo-sarcoma of urethra in a child. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

Fletzer, Zur Kasuistik der Fremdkörper in der weiblichen Harnblase. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 34.

Zamazal, S. (Wsetin). Beiträge zur Aetiologie des unwillkürlichen Harnträufelns. Wien. med. Bl. 1896. No. 36.

18. Gonorrhoe.

Bröse, P., Ueber die diffuse gonorrhoische Peritonitis. Berl. klin. Woch. 1896. No. 35.

Gutheil, Ueber die Behandlung der Gonorrhoe mit Argonin. Deutsche med. Woch. 1896. No. 35.

Hjort, J., Behandling af Blemorrhoea neonatorum. Norsk Mag. f. Lægevid. 1896. No. 8.

Murat, Contribution à l'étude des manifestations extra-génitales de la blémorrhagie. La gonococcie. Thèse, Bordeaux 1895—96.

Pick, L. und *Jacobsohn, J.*, Eine neue Methode zur Färbung der Bacterien, insbesondere des Gonococcus Neisser, im Trockenpräparat. Berl. klin. Woch. No. 36. 1896.

Piery, De l'emploi de l'acide carbonique à l'état naissant dans le traitement de la blémorrhagie chez la femme. Arch. de Gyn. et de Toc. Août 1896.

Sourisse, Du permanganate de potasse dans l'ophtalmie purulente de l'adulte et du nouveau-né. Thèse, Bordeaux 1895—96.

19. Hysterie.

Löwenfeld, L., Ueber die Krankenpflege hysterischer Personen. Zeitschr. f. Krankenpfl. 1896. No. 8.

Thexier, Contribution à l'étude de l'étiologie de l'hystérie. Thèse, Bordeaux 1895—96

20. Mamma.

Smith, Rudolph, Some statistical observations on carcinoma of the female breast. Lancet. 1896. No. 3806.

21. Technisches. Akiurgie.

Currie, Schamlippen-Retractor. Aerztl. Polytechn. 1896. No. 8.

Godet, Augustin, Ligaturenführer für Tumorenstiele. Aerztl. Polytechn. 1896. No. 8.

Jellett, Henry, A modification of Dr. Fowler's method of sterilising catgut. Lancet. 1896. No. 3806.

Ihle, Die verschiedenfachen Lagerungen der Kranken bei Operationen. Ein neuer Operationstisch. Münch. med. Woch. 1896. No. 33 u. 34.

Lehmann, F., Ein neues Vaginalrohr. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 33.

Morse, J. H., A new irrigator. Lancet. 1896. No. 3806.

Preiss, Ed., Aenderungen an röhrenförmigen und mehrblätterigen Scheidenspiegeln. Deutsche med. Woch. 1896. No. 1861.

Quibban, Mc., Midwifery forceps. Brit. med. Journ 1896. No. 1861.

Schaeffer, R., Ueber Catgutsterilisation (Fortsetzung). Berl. klin. Woch. 1896. No. 33, 34.

Spencer, H. R., A Speculum. Trans. of the Obst. Soc. of London. Vol. XXXVIII, H. 2.

22. Darm.

Cumston, Pruritus ani; Differential diagnosis of abdominal pain. Ann. of Gyn. a. Pæd. Aug. 1896.

Heydrich, E., Erwiderung auf die Bemerkungen des Herrn Privatdocent Dr. O. Schäffer, betreffend Divertikelbildung des Rectums. Centralbl. f. Gyn 1896. No. 35.

Robb, Hunter, Tears of the rectum in abdominal operations for pyosalpinx and their treatment. Cleveland Med. Gaz. August 1896.

23. Narkose Antiseptica.

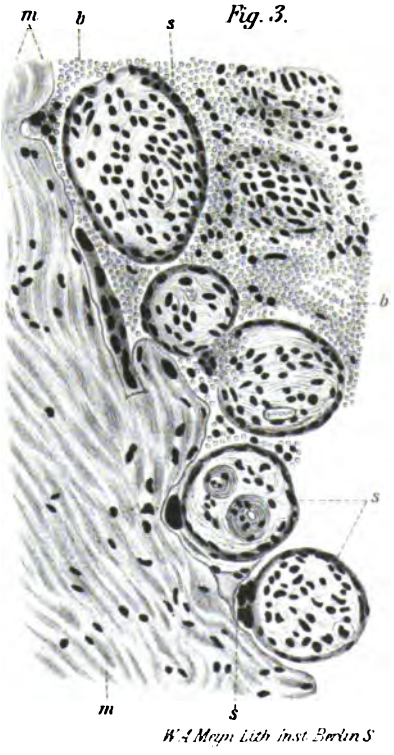
Citron, H., Nosophen, Antinosin und Iodoxin (Sammelref.). Deutsche med. Woch. 1896. No. 37.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.



Verlag von S. Karger in Berlin N.W.6.

Originalarbeiten.

I. Ein Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia (centralis).

Von

Dr. NYHOFF,

Hebammenlehrer in Amsterdam.

Im Anfang der Eröffnungsperiode werden die Eihäute vom unteren Uterinsegment abgelöst, weil die Gebärmutter sich über das Ei in die Höhe schiebt. Unter normalen Umständen findet die Trennung der Eihäute statt in der spongiösen Schicht der Decidua, weil dort der Zusammenhang am geringsten ist. Wenn der Zusammenhang zwischen den Eihäuten und der Gebärmutterwand abnorm fest ist, wird die Eröffnung nicht so leicht zustande kommen, wenn nicht eine Zerreissung entweder des Chorion allein, oder der beiden Eihäute, Amnion und Chorion, zusammen stattfindet oder gemacht wird. Ist es ja doch eine allbekannte Sache, dass man bei Verzögerung der Eröffnung, wenn der Muttermund nicht rigide ist und die Wehen normal sind, entweder das Chorion (mit der oberflächlichen Schicht der Decidua) von der Gebärmutter ablöst, oder die Blase sprengt. Nachher kommt dann die Eröffnung meistenteils schnell zu Stande. Im ersten Fall wird die zu feste Verbindung zwischen Eihäuten und Uteruswand künstlich gelöst, im letzten Fall bleibt die Verbindung bestehen, bleiben die Eihäute grösstenteils im Zusammenhang mit der Gebärmutter und ziehen sich mit der Gebärmutter zurück. Es ist auch möglich, dass die Trennung der Eihäute auf eine andere Weise stattfindet, wie Schroeder zeigte, dass nämlich das Chorion eingerissen wird und sich mit der Gebärmutter zurückzieht, während die Fruchtblase allein von Amnion gebildet wird.

In der Eröffnungsperiode bei Placenta praevia hat man durchaus analoge Verhältnisse. Nur sind es hier nicht die Eihäute, die sich in der Eröffnungsperiode vom unteren Uterinsegment trennen, sondern mehr die Placenta selbst, die sich vom notwendigerweise sehr blutreichen unteren Uterinsegment ablöst. Die Blutung ent-

steht, weil dabei die Blutgefässe in der spongiösen Deciduaschicht zerrissen werden. Die Lösung der Placenta stimmt, wenn nicht eingegriffen wird, vollkommen überein mit der normalen Lösung der Eihäute, wo die Placenta sich nicht im unteren Uterinsegment befindet. Weil die Placenta in den meisten Fällen ziemlich fest mit der Gebärmutterwand zusammenhängt, jedenfalls viel fester als die verfettete Decidua, kommt die Eröffnung nicht so schnell zustande, dauert die Eröffnungsperiode ziemlich lange, und verliert die Frau zu viel Blut. Nur in seltenen Fällen bleibt die Placenta mit einem grösseren Teil ihrer Oberfläche in Zusammenhang mit der Gebärmutter. Dies findet dann statt, wenn sie in der Mitte auseinander gerissen wird. Dann ist es möglich, dass sich spontan die vom Amnion gebildete Fruchtblase durch die Masse der Placenta hervorwölbt, die Placenta weiter eingerissen wird und die Frucht hervortritt durch eine in der Mitte der Placenta spontan gebildete Oeffnung. Die Analogie zwischen diesem Mechanismus und dem, welchen ich soeben nannte, wobei das Chorion sich vom Amnion trennt und sich mit der Gebärmutter zurückzieht, ist klar.

In den allermeisten Fällen wird jedoch bei Placenta praevia eingegriffen. Von den älteren Methoden ist jedenfalls die künstliche Ablösung der Placenta vom unteren Uterinsegmente insoweit rationell, als dabei die Eröffnungsperiode beschleunigt und dadurch die Dauer der Blutung abgekürzt wird. Dass sie aber nicht oft angewandt wird, hat seinen triftigen Grund darin, dass man jedenfalls damit eine neue Blutung verursacht und nicht die Zerreissung von Blutgefässen beschränkt.

Die Tamponade kann in keinerlei Weise auf die Ursache der Blutung einwirken. Die Ablösung der Placenta wird dadurch weder beschleunigt, noch beschränkt; sie kann nur insoweit eine günstige Einwirkung haben, als die blutenden Stellen comprimiert und durch den Tampon Wehen ausgelöst werden. Grösseren Einfluss hat der Blasensprung. Wenn man bei Placenta praevia lateralis die Blase sprengt, kann sich die Placenta mit der Gebärmutter in die Höhe schieben, die Ablösung kommt in geringerem Grade zu Stande, die Eröffnung wird nicht länger verzögert, die Blutung wird geringer, dauert kürzere Zeit und wird oft zum Stehen gebracht. Durch die kombinierte Wendung und das Herableiten des Unterschenkels von der Hüfte durch den Gebärmutterhals wird ausserdem die blutende Stelle komprimiert, Wehen werden ausgelöst und die vollständige Eröffnung kommt schneller zu Stande. Jedoch glaube ich, dass die Hauptwirkung des Verfahrens am allermeisten dem Blasensprung zuzuschreiben ist. In dem Dührssen'schen Verfahren kann ich nur insoweit einen Unterschied von dem Berliner Verfahren erblicken, als dabei die von ihm in die Gebärmutterhöhle eingeführte künstliche Fruchtblase dieselbe Wirkung ausübt, wie das nach der kombinierten Wendung herabgeholte Bein. Die Einwände gegen seine Methode und die gegen die frühzeitige Blasensprengung und der kombinierten Wendung sind jedenfalls dieselben.

Die blutstillende Wirkung der frühzeitigen Blasensprengung und der kombinierten Wendung nach Braxton Hicks kann von Nie-

mand bestritten werden. Durch das von Berlin aus jetzt durch die ganze Welt angewandte Verfahren ist die Sterblichkeit der Mütter auf ein Minimum herabgedrückt. Die Sterblichkeit der Kinder ist dabei aber noch schrecklich gross, auch wenn man in Betracht zieht, dass bei Placenta praevia die Geburt so oft zu einer Zeit stattfindet, wo die Lebensfähigkeit des Kindes noch eine geringe ist. Weil die Ablösung der Placenta nur in geringem Masse stattfindet, und in der Regel bei der Durchbohrung der Placenta grössere Gefässe vermieden werden können, muss die Ursache des so oft vorkommenden Absterbens der Kinder in dem frühzeitigen Blasensprung selbst, in dem damit verbundenen Abfliessen des Fruchtwassers und in den ungünstigen Verhältnissen, worin sich das Kind nachher befindet, gesucht werden. Ein Hauptvorwurf gegen das frühzeitige Blasensprengen oder das Durchbohren der Placenta mit darauffolgender kombinierter Wendung und Herableiten des Unterschenkels ist aber, dass so oft nachher zu schnell extrahiert wird. In der Schule wird zwar gelehrt, dass man nach dem Herabholen des Beines die Geburt ruhig der Natur zu überlassen hat, jedenfalls nur sehr langsam extrahieren darf, — der Praktiker befolgt leider nicht immer die Vorschriften der Schule und nur zu oft wird die langsame Extraktion so aufgefasst, dass man sich dabei nicht zu beeilen habe; binnen einigen Minuten wird dann ein sterbendes oder totes Kind durch einen noch engen Cervix extrahiert und ein Cervixriss gemacht. Die meisten Nachblutungen bei Placenta praevia sind ohne Zweifel als Rissblutungen anzusehen und durch eine zu schnelle Extraktion verursacht.

Es frägt sich daher, ob es eine Methode giebt, wodurch man in der Eröffnungsperiode die Ablösung der Placenta vom unteren Uterinsegment beschränken, die Eröffnungsperiode selbst abkürzen und der Gefahr der frühzeitigen und schnellen Extraktion vorbeugen kann.

Ich glaube, dass das von mir im Centralblatt für Gynäkologie 1895 No. 8 und in der holländischen Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie beschriebene Verfahren diesen Aufgaben entspricht. Wenn man bedenkt, dass das Chorion grösstenteils mit der Gebärmutter verbunden bleibt, wenn ein Riss im Chorion entsteht, dass es sich vom Amnion leicht ablöst und man eine Fruchtblase bekommt, die nur vom Amnion gebildet wird, ist es leicht daraus ein Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia abzuleiten. Die Placenta soll während der Eröffnungsperiode vom Amnion gelöst werden und dadurch im Stande sein den Veränderungen der Gebärmutterwand zu folgen. Die Verbindung zwischen Placenta und Amnion ist in den meisten Fällen eine ziemlich lose. Oft hat man bei der Anwendung des Berliner Verfahrens, nach Durchbohrung der Placenta einige Mühe, auch das Amnion zu durchbohren, weil es sich schon bei leichtem Druck von der Placenta trennt. Wenn man eine ausgestossene Placenta von der Uterinseite her mit dem Finger durchbohrt, ist es leicht das Amnion von der foetalen Seite abzulösen. Wenn man bei für zwei Finger durchgängigem Gebärmutterhals die Placenta

durchbohrt, ist es leicht die Verbindung zwischen Placenta und Amnion zu lösen und die Placenta mit der Gebärmutter im Zusammenhang zu lassen. Während einer Wehe wölbt sich dann die vom Amnion gebildete Fruchtblase in den Placentariss hervor. Die jetzt folgenden Wehen werden dann, ebenso wie nach dem Herableiten des Beines bei der kombinierten Wendung, den Riss erweitern und kann bei einer Längslage das Kind spontan geboren werden. Dieses Verfahren, dass man im Anfang der Eröffnung die Placenta durchbohrt und sie vom Amnion ablöst, ist leicht anzuwenden bei Placenta praevia centralis, wenn nur das Amnion eine gewisse Festigkeit hat. Ist das Amnion brüchig oder ist es zu fest mit der Placenta verbunden, dann ist allerdings die kombinierte Wendung mit Herabholen des Beines indiziert. Hat man es mit Placenta praevia lateralis zu thun, dann möchte ich auch mein Verfahren nicht empfehlen, weil die Verbindung zwischen Placenta und Amnion am Rande fester ist als in der Mitte und sich also dann die Placenta vom Amnion nicht so leicht abtrennen lässt. Dabei ist in diesen Fällen allerdings der künstliche Blasensprung das einfachere Verfahren. Als Bedingung setze ich ziemlich kräftige Wehen voraus. Wenn die Wehen schwach sind, möchte ich auch mein Verfahren nicht empfehlen, dann wird allerdings eher die Tamponade indiziert sein.

Die Vorteile meines Verfahrens sind: 1. dass man nicht so störend in den natürlichen Gang der Geburt eingreift, wie beim Blasensprengen und der kombinierten Wendung und daher das Kind unter besseren Umständen lässt;

2. dass das Verfahren sich mit einer aseptischen Tamponade der Scheide kombinieren lässt;

3. dass für die Anwendung keine Narkose notwendig ist;

4. dass der Praktiker nicht in Versuchung geführt wird, die Frucht zu schnell zu extrahieren und dadurch

5. Cervixrisse vermieden werden können.

Das von mir soeben beschriebene Verfahren ist meines Erachtens indiziert, wenn bei Placenta praevia centralis der Muttermund für zwei Finger durchgängig ist und die Wehen nicht ausserordentlich schwach sind. Contraindiziert ist die Methode: 1. bei Placenta praevia lateralis, 2. bei Abwesenheit von Wehen.

(Aus der Frauenklinik von Dr. Prochownick in Hamburg.)

II. Zur Kenntnis primärer Scheidensarcome bei Erwachsenen

Von

Dr. F. HORN,
Assistent.

Im Archiv für Gynäkologie 1894, Bd. 46 stellt Pick in einem Aufsatz „Ueber Sarkome des Uterus und der Vagina im Kindesalter und das primäre Scheiden-Sarkom der Erwachsenen" 16 Fälle von letzterem zusammen; als neu fügt er nur einen Fall von kindlichem Scheiden-Uterussarkom hinzu. Da, seiner Ansicht nach, die Scheidensarkome der Kinder und Erwachsenen pathologisch anatomisch nicht scharf zu trennen seien, will er den Unterschied — wenigstens in anatomischem Sinne — fallen lassen. Im klinischen Interesse liegt jedenfalls eine Aufrechterhaltung der genannten Trennung. Um nochmals die Hauptcharaktere dieser beiden Erscheinungsformen anzuführen, sei kurz erwähnt, dass das primäre Scheidensarkom der Kinder eine kongenitale Geschwulst im Cohnheim'schen Sinne ist und vorzugsweise an der vorderen Vaginalwand sitzt. Sein Aussehen ist zuerst beerenförmig, später traubenförmig, das Rectum wie das Septum recto- vaginale verschont es stets.

In den bisher bekannten Obduktionsbefunden fehlten stets entferntere Metastasen; infiltrierte Lymphdrüsen in dem zugehörigen Lymphgebiet wurden natürlich mehrfach gefunden. Mit Ausnahme eines von Schuchardt veröffentlichten Falles endeten alle tötlich.

Das primäre Scheidensarkom der Erwachsenen hat dagegen einen durchaus inkonstanten Sitz, es bildet entweder eine umschriebene, in der Submucosa gelegene Geschwulst oder eine flächenhafte Infiltration der Vaginalwand mit Bevorzugung des unteren Scheidendrittels. Sehr selten ist die polypöse Form des kindlichen Scheidensarkoms bei Erwachsenen. —

Die verschiedenen Bilder, unter denen sich das Scheidensarkom entwickeln kann, machen die Diagnose oft zweifelhaft; differential-diagnostisch ist häufig mit gutartigen Geschwülsten (Fibromen und fibroiden Polypen) und besonders mit Carcinom zu rechnen. E. Fränkel berichtet in der Zeitschrift für prakt. Med. 1875 einen Fall, dessen mikroskopische Diagnose nur auf kleinzellige Granulationsgeschwulst gestellt wurde; man dachte an Lupus exedens, an syphilitische Ulceration. Erst aus der Unwirksamkeit der therapeutischen Mittel ergab sich die richtige Diagnose.

Die Bösartigkeit des Scheidensarkoms der Erwachsenen ist nicht so hochgradig, wie bei der kindlichen Form. Dem von Schuchardt berichteten völlig geheilten Falle von kindlichem Scheidensarkom stehen 6 Fälle von absoluter Heilung, d. i. lang-

jähriger Rezidivfreiheit von Scheidensarkom der Erwachsenen gegenüber.

Der erste ist von Spiegelberg im Archiv für Gynaek. Bd. 4. 1872, der zweite kürzlich im Centralbl. für Gynaek. 5. 1896 von Rubeška veröffentlicht worden. Bei zwei anderen Fällen, Kaschewarowa-Rudnewa in Virch. Arch. Bd. 54 und Menzel im Centralbl. für Gynaekol. 6. 1895, ist die Möglichkeit eines Dauererfolges nicht ausgeschlossen; beide entzogen sich jedoch der Kontrolle. —

Zu den 16 von Pick gesammelten Fällen kommt als 17ter der von Rubeška im Centralbl. für Gynäkol. 1896; der 18te ist von Münz im „Frauenarzt" 1895 veröffentlicht worden. Er betrifft eine 58jährige Frau, bei der 8½ Monate, nachdem die Geschwulst zuerst bemerkt wurde, der Exitus erfolgte.

Die Litteratur über Scheidensarkome der Erwachsenen kann ich selbst um zwei interessante, durchaus verschiedenartige Fälle bereichern.

Frau K. wird am 11/1X. 95 aufgenommen; sie ist eine 35jähr. Arbeitersfrau aus gesunder Familie, die Mutter lebt und ist gesund, der Vater starb an Wassersucht. Pat. war stets gesund, menstruiert seit dem 13. Jahre regelmässig, 3tägig, ohne Schmerzen; letzte Periode 25/VIII.; seit 4 Jahren verheiratet.

Patientin ist in sehr gutem Ernährungszustande, von frischem Aussehen; Appetit und Stuhlgang gut.

Vor 7 Jahren ist sie wegen einer Anschwellung an den Geschlechtsteilen, welche damals ganz allmählich entstanden war und sie am Gehen und Arbeiten gehindert hatte, operiert worden. Laut Bericht war die Operation leicht und konnte ein harter, verschiebbarer Tumor, aus dem mittleren Drittel der Scheide nach unten herabragend, durch einfache Ausschälung entfernt werden. Nach der Operation war Pat. 2 Jahre ganz wohl, dann fühlte sie, dass sich an der früheren Stelle wieder ein Knoten bilde; derselbe wuchs so langsam, dass er sie weder bei ihrer schweren Landarbeit, noch in ehelicher Beziehung — sie hatte sich inzwischen verheiratet — hinderte. Erst im letzten Vierteljahr traten merkliche Beschwerden auf; seit 7 Wochen ist nach Bericht des zusendenden Arztes Ulceration an der Oberfläche aufgetreten. — Aus der Vulva ragt eine Geschwulstmasse, deren Oberfläche in knapp thalergrossem Umfange einen schmierigen, locker aufhaftenden, gangraenösen Belag trägt. Die Geschwulst geht mit sehr breitem, umfangreichem, pilzartigem Stiele vom untern Ende der Scheide dicht an der linken Uebergangsfalte zur kleinen Schamlippe aus, überschreitet die hintere Kommissur, die als caruncula myrtiformis aussen an seiner Wand anliegt, nicht, sendet aber dem Gefühle nach einen mehrere Centimeter tiefen Ausläufer, der an der Basis sich verjüngt, in das retrovaginale und retrovulvale Bindegewebe. An beiden kleinen Schamlippen befinden sich in weitem Umfange erodierte, nicht ulcerierte Flächen; kleinere Erosionen bestehen auch auf beiden grossen Schamlippen. Aufwärts von der Geschwulst in die Scheide hinein, zeigt sich am Geschwulststiele eine bohnengrosse Prominenz, die aber nicht wie eine Metastase aussieht. Höher oben in der Scheide findet man eine kleine, zapfenförmige Portio vaginalis. Die gangraenöse Ulceration erstreckt sich mehrere Millimeter tief unter die Oberfläche. Die Leistendrüsen sind nicht infiltriert, nur rechts ist eine kleine Drüse zu fühlen.

In Narkose wird am 12/IX. nach Abkratzen und Abbrennen der oberflächlichen Partien mit dem Paquelin eine kleine linksseitige Scheidendammincision gemacht; es folgt die Auskratzung und Ausschälung des Tumors im Gesunden. Er wird mit einem Muzeux gefasst und mit dem Paquelin aus dem tiefen Geschwulstbette herausgegraben, nicht geschnitten; die Haftfläche wird unter sorgfältiger Verschonung des Rectum verschorft. Nach völliger Entfernung des Tumors liegt das Rectum in grösserer Ausdehnung frei. Die dicht an der Basis der Geschwulst sitzende erodierte, linke kleine Labie wird mit entfernt. Jodoformgazetamponade. Die Wundfläche wird nach einander behandelt mit: Essigsaurer Thonerde, Perubalsam, Dermatol. Am 5. X. 95 wird die Pat. als geheilt entlassen, die Dermatolpuderung ist noch fortzusetzen.

Es hat also die Patientin die sehr langsam wachsende Geschwulst 7 Jahre getragen, ohne dass sie dadurch nennenswert belästigt worden wäre; selbst während der 4 Jahre ihrer Ehe nahm sie keine ärztliche Hülfe in Anspruch. Erst der oberflächliche Zerfall der Geschwulst, verbunden mit übelriechendem Ausfluss, führten sie zum Arzt. Das Mikroskop zeigte, dass es sich um ein spindelzelliges Fibrosarcom handelte, das ohne Zweifel als direkte Fortsetzung der im Jahre 1887 als spindelzelliges Fibrosarcom von Prof. Alb. Thierfelder in Rostock diagnostizierten Geschwulst anzusehen ist. Das frühere Präparat wurde mir in liebenswürdiger Weise zum Vergleich zur Verfügung gestellt; es bot genau dasselbe Bild wie das jetzige! Ohne weiteren Zusammenhang mit dem subcutanen Gewebe ist die Neubildung in der oberflächlichen Schicht der Schleimhaut gewachsen. Die Zellen treten zu Bündeln zusammen, die Bündel selbst durchflechten sich untereinander. Auf Querschnitten solcher Zellbündel könnte man den Grundtypus für Rundzellen halten; doch fällt bei genauerer Besichtigung ihre wechselnde Grösse auf, die aus der verschiedenen Schnittrichtung sich erklärt, in der die einzelne Spindelzelle getroffen ist, so dass selbst etliche am Ende getroffene Zellen kernlos sind. Die dicht an der Basis der Geschwulst liegende, erodierte kleine Labie zeigt nur kleinzellige Infiltration ohne bösartige Veränderung. Nach freundlichem Berichte des behandelnden Arztes ist die Frau bis heute — 7 Monate post operationem — recidivfrei geblieben, und ihr Zustand der denkbar beste.

Der zweite Fall war ein sogenanntes Melanosarcom der Scheide, das an der Uebergangsstelle von Scheide und Vulva sass mit dem Ausgangspunkt von ersterer.

Frau L. aus Hamburg, 49 J. alt, wird am 30./XII. 1893 aufgenommen. Sie ist 25 J. verheiratet, hat 7 Kinder, die letzte Geburt war vor 10 Jahren; ausserdem 5 Aborte. Die Wochenbetten waren gut, seit 5 Jahren ist sie in der Menopause. Seit August d. J. bemerkte Pat. blutigen und eitrigen, übelriechenden Ausfluss, der sich bis jetzt verstärkt hat. Seit 4 Wochen fühlt sie an den äusseren Schamteilen eine Geschwulst und lästiges Brennen. Die Diagnose wird zunächst auf Scheidencarcinom gestellt.

Operation am 31./XII.: Abtragung der Geschwulstmassen, Blutstillung teils durch die Naht, teils durch ausgedehnte Verschorfung mittelst Paquelin. Zur Ausräumung der geschwollenen Leistendrüsen der rechten Seite wird parallel dem Poupart'schen Bande eingeschnitten; bei dem Herausschälen platzt eine grössere Drüse und entleert eine weiche, brücklige, schwärzlich gefärbte Masse. Nach gründlicher Ausräumung werden die äusseren Teile vernäht, die Mitte der Höhle bleibt offen und wird mit Jodoformgaze austamponiert.

20/I. 94 Entlassung, gute Verheilung. Der mikroskopische Befund lautete auf Sarcom; das Epithel des umgebenden gesunden Gewebes und zwar nicht nur an der Vulva sondern auch in der Scheide war an einzelnen Stellen vollständig mit schwarzem Pigment durchsetzt; der Tumor selbst war pigmentfrei.

17/III. Kein Rezidiv zu finden, gute Vernarbung, Pigmentbildung nicht deutlich vermehrt.

Neu-Aufnahme in die Klinik am 28./III. 95. Seit $^1/_4$ Jahre bemerkt Pat. in der linken Leistenbeuge eine kleine Geschwulst, die allmählich zu Hühnereigrösse heranwuchs und in letzter Zeit Beschwerden beim Gehen machte.

Am 24./III. plötzlicher Eintritt von starken Schmerzen in der linken Leistenbeuge; auf warme Umschläge, die ihr Hausarzt verordnete, vergrösserte sich die Geschwulst stark. Die linke Leistenbeuge und die linke kleine Labie derart geschwollen, dass Pat. kaum die Beine öffnen kann. Von einer neuen Geschwulstbildung an den Geschlechtsorganen hat Pat. nichts bemerkt, nur ist ihr

aufgefallen, dass ab und zu übelriechender Ausfluss sich einstellte und beim Waschen die Teile etwas bluteten. Keine Schmerzen.

Operation am 29./III.

Zunächst wird nach Säuberung des Operationsgebietes das von der unteren Wand der Urethra und vom Frenulum ausgehende, gestielte, himbeerartige, weiche, etwa feigengrosse Sarcom mit schneidendem Paquelin abgebrannt, die Umgebung verschorft. Ein kleiner Teil der unteren Harnröhrenwand fällt dabei weg. Eine geringe arterielle Blutung wird zunächst durch Abklemmung, später durch Umstechung gestillt. Blutung aus dem Teil oberhalb der Harnröhre, dem Corp. cavernosum clitor., das leicht verschorft wird, erheischt Umstechung; Nachblutung aus diesen Stichkanälen erfordert nochmalige quere Umstechung mit Seide. Abtragen eines kleinen etwa $1^1/_2$ cm langen und $^1/_2$ cm breiten, harten Geschwulstknotens am untern Teil der linken kleinen Labie. Jodoformgazetamponade. Es folgt die Exstirpation der Drüsen in der linken Leistenbeuge, die zu einem Paquet von Kinderfaustgrösse angeschwollen sind. Schnitt parallel zum Lig. Poupartii durch die ödematösen Bauchdecken. Aus einer angeschnittenen Drüse quillt missfarbige, breiige, braunschwärzliche Masse. Es gelingt leicht alle Drüsen und das ganze Fettgewebe ohne grössere Blutung stumpf zu exstirpieren. Vernähung der äusseren Wundteile, während die Mitte zur Herausleitung der drainierenden Jodoformgaze offen bleibt.

27./IV. Wunde in der Leistenbeuge beinahe geschlossen; Eiterabsonderung aus der Scheide.

4./VI. Gutes Aussehen der Granulation an der Vulva, Lapisätzung.

10./X. Die Verfärbung hat besonders rechts etwas zugenommen; an der rechten kleinen Labie 2 wuchernde kirschkerngrosse Stellen, denen sich bald eine dritte anschliesst.

26./XI. Exstirpation einer rechtsseitigen, geschwollenen Inguinaldrüse, Drainierung mit Jodoformgaze. Excision und Paquelinierung melanotischer Partien an der rechten grossen Labie, Urethra und kleinen Labie.

Wir sahen Pat. dann nicht bis Anfang April 1896; in der Zwischenzeit hatte sie sich von einem Magnetiseur behandeln lassen. Als sie wieder in unsere Behandlung kam, hatte sie sehr abgenommen; in der rechten Unterbauchseite hatte sich anscheinend eine Metastase gebildet, die herausgenommen werden sollte.

15/IV. Die rechte Unterbauchseite wird bis zwei Finger breit unterhalb des Nabels ausgefüllt von einem derben, anscheinend mit der Haut in Verbindung stehendem Tumor, der auch nach links herüberragt. Es wird — in Aethernarkose — eingeschnitten in der Mitte zwischen Linea alba und Spin. iliaca. Aus dem fest mit seiner Umgebung verwachsenen Tumor entleert sich eine weiche, bröckliche, grauweisse Masse mit massenhaften frischen und alten Blutgerinnseln. Die Exstirpation des bis in die Tiefe des Beckens hinab fest verwachsenen Tumors erscheint bei dem Zustande der Frau unmöglich. Annähung des Tumors an die Bauchwand. Jodoformgazetamponade.

Zum Schluss wird von der linken kleinen Labie ein erbsengrosses, graurötliches Knötchen, das auf schwarz pigmentiertem Untergrunde gewachsen war, zur Untersuchung excidiert.

16./IV. Abends Exitus an Erschöpfung

Während die ursprüngliche klinische Diagnose auf primäres Scheidencarcinom gestellt wurde, erwies das Mikroskop, dass es sich um ein alveoläres Spindelzellensarcom in der Umgebung starker Pigmentierungen handelte. In den Präparaten der zuerst excidierten Stücke fand sich innerhalb der Geschwulst kein Pigment, jedoch zeigte sich solches deutlich in den Schnitten später gewonnener Stücke. Was zunächst die in sämtlichen Schnitten vorhandene Pigmentierung der Umgebung betrifft, so muss betont werden, dass die Verteilung des Pigmentes im Allgemeinen das Corium vor dem rete Malpighi bevorzugte, doch, wie Virchow und v. Recklinghausen fanden, ohne Innehaltung eines bestimmten Verhältnisses. Das Pigment liegt meistens intracellulär; man sieht in den Anfangsstadien noch deutlich die Zellgrenze, nur der Zellinhalt

ist wie mit Schmutz besprenkelt. Anfangs besteht eine diffuse Tränkung des Zellinhaltes mit Pigment, aus dem sich allmählich Körnchen abscheiden; bald treten deutlichere Klümpchen hervor, bis schliesslich grössere, dunkle Massen sich zeigen, die fast nur an ihrer Umgrenzung noch bräunlich durchschimmern, ohne sonst eine feinere Structur erkennen zu lassen. Jedoch an der Peripherie steht die Zusammensetzung der oft sehr ungestalten, braunen Pigmentmassen aus einzelnen pigmenthaltigen Zellen ausser Zweifel.

An einigen Stellen fand ich völlige Atrophie des Fettgewebes.

Dass die Quelle des Pigmentes im Blute zu suchen war, ergab sich aus folgenden Befunden:

1. Das Pigment war um die capillären Gefässe herum, also unter Bevorzugung der Capillaren angeordnet, wie an weniger pigmentierten Stellen zu erkennen war.

2. Das Pigment war in dem ganzen Gewebe durchaus unregelmässig verteilt, entgegen der regelmässigen Anordnung des metabolischen Zellenpigmentes.

3. Die Wallach'sche Eisenprobe[1]) ergab ein unverkennbar positives Resultat. Besonders an den Uebergangsstellen von normaler Scheide auf die Geschwulst findet sich stark vermehrte Pigmentanhäufung; es lagen dort braune bis dunkelschwarze, die Zellform im Allgemeinen noch innehaltende, oft wurstförmig zusammengeballte Pigmentmassen. —

Der Bau der Geschwulst ist ein typisch alveolärer, der durch Bindegewebsfibrillen den Zellmassen aufgeprägt und nicht etwa als epitheliale Neubildung aufzufassen ist. Carcinom ist auszuschliessen, auch an ein Angiosarcom ist nicht zu denken, da keine entsprechende Gefässvermehrung besteht, wenn auch in den älteren Schnitten eine Erweiterung der kleinen Gefässe nicht zu verkennen ist. Bereits Bauer macht in Virch. Archiv 142 darauf aufmerksam, dass der Charakter der bösartigen Tumoren, die aus Naevi oder umschrieben pigmentierten Hautstellen hervorgingen, meist aveolär sei. Wir können geradezu von einer lenticulären Melanose der Haut reden, die im Gegensatz zu den gewöhnlichen Lentigines und Ephelides nicht stationär bleibt, sondern einen progressiven Charakter zeigt, wofür Pick (Vierteljrschrft. f. Dermatol. 84) den sehr passenden Namen Melanosis lenticularis progressiva vorschlug. Pick fasst sie auf als angeborene Disposition der Haut, jedoch ohne Nachweis genauer konstitutioneller Momente. Bei jeder neuen Untersuchung der Pat. fanden sich neue Wucherungen des Pigmentes. Unser Fall deutet sehr darauf hin, dass

---

[1]). Es werden Schnitte mit Königswasser bis zur völligen Auflösung der Masse gekocht. Die resultierende Flüssigkeit wird stark eingedampft, um Chlor und Salpetersäure möglichst zu entfernen, und alsdann mit grossem Ueberschuss von gelbem Blutlaugensalz in der Kälte versetzt; es tritt eine deutliche Blaufärbung ein, die infolge der Salzsäureanwesenheit einen Stich in's Grüne zeigt. Nach dem Abfiltrieren und Auswaschen der dem Niederschlage anhaftenden Salzsäure mit Wasser zeigte derselbe auf dem Filter seine normale tiefblaue Farbe. (Virch. Archiv 119.)

dem Pigment der äusseren Haut unter gewissen Verhältnissen und an bevorzugten, vielen Reizen ausgesetzten Stellen eine Noxe anhaftet, die zuerst eine immer weitergreifende Pigmentbildung bewirkt, später aber die Zellen der Umgebung zur Proliferation anreizt. Es bilden sich durch üppige Wucherung dieser einzelnen Geschwulstzellen dann allmählich kleinere und grössere Geschwulstnester unter Bevorzugung eines alveolären Baues, anscheinend ohne die Geschwulst selbst ebenfalls mit Pigment überschwemmen zu müssen. Dass auch die teils selbst pigmentierten Epithelzellen der Haut von dieser Noxe beeinflusst werden können und zu enormen Wucherungen veranlasst werden, sah ich an einzelnen Stellen des Pseudorecidives, in welchem die Knäueldrüsen so stark gewuchert waren, dass ich zuerst an carcinomatöse Entartung dachte.

Der Druck des wachsenden Tumor hat an der Grenze gegen das gesunde Gewebe zu perlzwiebelartigen, kugel-, bisweilen etwas spindelförmigen Zusammenballungen des meist verhornten Epithels geführt — Perl- oder Schichtungskugeln.

In den früher gewonnenen Präparaten findet sich, wie erwähnt, in der Geschwulst selbst kein Pigment, trotzdem gerade hier die Gefässe erweitert und z. T. prall mit Blut gefüllt sind. Dagegen findet sich in den später excidierten Stücken der Geschwulst selbst stets Pigment und zwar erstens wiederum im Anschluss an die kleinsten Gefässe, die jedoch nicht auffällig erweitert sind, zweitens in dünner Schicht längs der Umsäumung, von der vereinzelte Stränge in das Geschwulstgewebe hineinziehen.

Dass eine Geschwulst plötzlich eine derartige Umwandlung durchmachen könnte, dass das ursprünglich reine Alveolärsarcom plötzlich als Melanosarcom auftritt, ist kaum annehmbar. Viel näher liegend ist es, sich hier der Orth'schen Theorie anzuschliessen und die Geschwulst als ein Sarcoma haemorrhagicum aufzufassen. Damit würde in unserem Falle gesagt sein, dass in einem Sarcom zu irgend einer Zeit des Wachstums Blutungen entstehen, die zur Pigmentierung führen. —

Will man nun noch weiter gehen und einen Grund für das plötzliche Auftreten von Blutungen während der Entwicklung des Sarcomes suchen, so könnte man hierfür als veranlassend einen akkumulativen Reiz des in der Umgebung der Geschwulst angehäuften Pigmentes bezeichnen, der — zu einer bestimmten Stärke angewachsen — die Blutungen ausgelöst hätte. Dafür kann sprechen, dass in der zweiten Serie von Schnitten mit pigmentierter Geschwulst die Gefässe weder besonders erweitert noch vermehrt sind, was man von den früheren, pigmentlosen Schnitten behaupten konnte. Man darf sich dies wohl so erklären, dass in der ersten Serie der Reiz, der von der umgebenden Pigmentmasse auf das Geschwulstgewebe ausgeübt wird, die Gefässe ad maximum getroffen hat; dass dieser maximale Reiz später ausgelöst wurde durch kleinere Blutungen, deren Reste in dem Hämotosiderin vorliegen. Nach dem Blutaustritt kontrahieren sich die Gefässe wieder.

Unterstützt wird die Ansicht, dass der Tumor kein reines Melanosarcom ist, noch durch den häufigen Befund zufälliger Pigmentierungen als Ueberbleibsel von Blutungen besonders in Sarcomen, wie ich z. B. auch an den Präparaten eines frisch excidierten Cervixsarcomes eines 14 jähr. Mädchens fand.

Was die Metastase im Ovarium betrifft, so erweist sie sich ebenfalls als hämorrhagisches Sarcom, dessen Grundgewebe — vielleicht infolge sehr ausgedehnter Hämorrhagieen bereits grösstenteils dem Zerfall anheimgefallen ist und kaum noch Kernfärbung zeigt. Der ganze Tumor war bei der Eröffnung von Blutgerinnseln durchsetzt; man fand auch im Tumor selbst Pigment (Hämatosiderin.)

Die Lymphdrüsen waren gleichfalls sarcomatös degeneriert, und es fanden sich auch in ihnen sehr vereinzelte Pigmentierungen.

Lange Zeit hindurch war es möglich gewesen, die Pat. trotz der hohen Malignität der Geschwulst von schweren Recidiven frei zu halten dadurch, dass sofort auch die unbedeutendsten Wucherungen verdächtiger Art entfernt wurden. Leider entzog sich dann die Pat. mehrere Monate lang der ihr ernstlich angerathenen Kontrolle und geriet in die Hände von Pfuschern, so dass der richtige Zeitpunkt zum Eingreifen verfehlt wurde.

Als Charakteristicum des Falles betone ich schliesslich nochmals, dass ursprünglich das Pigment durchaus nicht zu der eigentlichen Geschwulst als solcher gehörte, sondern sich nur in der gesunden Umgebung vorfand, und dass erst in später excidierten Geschwulststückchen innerhalb der Geschwülste selbst Pigment gefunden wurde. Das Pigment ist jedoch nicht als Abkömmling des Scheidenpigmentes oder als Product einer metabolischen Zellenthätigkeit aufzufassen. Blutungen allein sind meiner Ansicht nach die Quelle des Pigmentes im Tumor gewesen, so dass er nicht den Namen Melanosarcom, sondern den eines einfachen primären, alveolären, haemorrhagischen Scheidensarcomes verdient.

III. Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier-Mäurer.

Vortrag gehalten in der Juni-Sitzung der gynaekologischen Gesellschaft zu München.

Von

Dr. A. MUELLER.

Am 18. August 1892 fiel mir, in Vertretung des Herrn Kollegen Dr. Faltin, die Aufgabe zu, bei einer Frau F. die künstliche Frühgeburt einzuleiten und zwar wurde dieselbe mittels Ein-

lage von Bougies in die Gebärmutter sowie Ballondilatation der Cervix ausgeführt. Am 8. November 1893, als ich selbst Arzt der geburtshilflichen Abteilung der kgl. Univers.-Frauenklinik war, kam dieselbe Frau wieder zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt in die Anstalt, welche diesmal, infolge der warmen Empfehlungen Pelzers, durch Injektionen von Glycerin in die Gebärmutter bewerkstelligt wurde. Die bedrohlichen Erscheinungen, welche sich an diese Injektionen anschlossen, gaben Veranlassung, den Fall in der Münchener medizinischen Wochenschrift 1894, No. 4 zu veröffentlichen.

Ich hatte bei der Durchführung dieser beiden künstlichen Frühgeburten die Unzulänglichkeit der üblichen Mittel zur Erzeugung künstlicher Frühgeburt selbst kennen gelernt und Interesse für die Operation gewonnen, so dass ich, als ich Oktober 1894 die geburtshilfliche Poliklinik übernahm, der Einleitung der künstlichen Frühgeburt im Allgemeinen und der Erweiterung der Cervix im Besonderen Interesse zuwandte.

Die auf diese Weise behandelten Fälle, welche zum Teil auch in anderer Hinsicht interessanten Verlauf nahmen, erlaube ich mir Ihnen heute, jedoch nur in Rücksicht auf die Wirkung der Ballonbehandlung, vorzuführen, um die Ueberlegenheit dieser gegenüber anderen Methoden zu veranschaulichen.

Fall 1. Zunächst sei es mir erlaubt, den ersten (l. c.) schon beschriebenen Fall der Klinik kurz zu wiederholen. Indikation war bei dieser XVI-para hochgradige Struma, welche damals schon zum dritten Male, nachdem auch das stark rhachitische Becken viele schwere Operationen veranlasst hatte, durch Dyspnoe das Leben in Gefahr brachte. Die erste Frühgeburt war im Mai 1886 innerhalb 5 Tagen 14 Stunden durch zweimaliges Einlegen von Bougies bewirkt worden. Das zweite Mal hatten im Oktober 1890 Einlage eines Bougies und heisse Douchen in 13 Stunden Erfolg gehabt.

Die dritte von mir herbeigeführte und veröffentlichte Frühgeburt nahm im Gegensatz hierzu einen sehr schleppenden Verlauf. Am 18. August 1892 wurde ein Katheter völlig in den Uterus eingeführt, am 20. August deren 2, am 23. August 3 neben Jodoformgazetamponade der Cervix; doch auch dies ohne Erfolg. Dann wurde am 26. August ein gewöhnlicher weicher Colpeurynter in den Uterus eingelegt. Auch dies war ohne Erfolg. Da ich nun die üblichen Mittel erschöpft hatte, wandte ich mich in Abwesenheit des Herrn Geheimrat v. Winckel an Herrn Prof. Stumpf um Rat und war derselbe so freundlich, mich nicht nur auf den Ballon von Champetier de Ribes aufmerksam zu machen, sondern mir auch das in seinem Besitze befindliche Exemplar zu überlassen und mir die dazu gehörige Litteratur mitzuteilen, wofür ich ihm hiermit meinen besten Dank ausspreche. Die einfache Einlage des Ballons um 11 Uhr Vormittags erzielte zwar zunächst auch keinen Erfolg, als aber wiederholt ein leichter Zug an dem Ballon ausgeübt wurde, traten 7 Uhr Abends Wehen ein und um 2 Uhr Nachmittag des folgenden Tages wurde, ohne dass dauernder

Zug ausgeübt wurde, der Ballon geboren. Durch kräftige Wehen wurde der noch nicht völlig erweiterte Muttermund bald gänzlich erweitert.

Wenn auch hier der mit grosser Zartheit angewandte Ballon nur langsam gewirkt hatte, so hatte er doch alle anderen Mittel an Wirksamkeit weit übertroffen und mich, nachdem die Glycerininjektion im folgenden Jahre bei derselben Frau keine erfreulichen Resultate ergab, sehr für ihn eingenommen. Was den Ballon von Champetier vor allen anderen Ballons auszeichnet, ist der Umstand, dass er nicht elastisch ist. Er besteht zwar aus Kautschuk, aber durch Unterlage eines Stoffes ist diesem die Elastizität fast völlig genommen und, mit Wasser voll gefüllt, ist er fast ganz hart. Der Kautschuk dient nur dazu, den Ballon luft- und wasserdicht zu machen und dabei die Möglichkeit, ihn zusammenzufalten, zu bewahren, wobei gegenüber festem Material doch noch eine gewisse Weichheit der Oberfläche erhalten bleibt. Der Zweck des Ballons ist, in den Uterus eingelegt, entweder durch die Wehen, welche er als Fremdkörper auch ohne Zuganwendung erregt, oder ausserdem auch noch durch Zug an seinem Stiele, die Cervix mechanisch zu dehnen, wozu er durch seine konische Gestalt besonders geeignet ist. Da nun, wenn man einmal einen solchen Eingriff gutheisst, verlangt werden muss, dass nach seiner Beendigung Verhältnisse geschaffen sind, welche jeden weiteren Eingriff sofort ermöglichen, so muss man an jeden zur Cervixdilatation gebrauchten Ballon die Anforderung stellen, dass nach seiner Ausstossung der Muttermund, Scheide und Vulva vollständig erweitert seien. Dieser Forderung entspricht nun der Ballon von Champetier infolge einer relativen Starrheit, während alle elastischen Ballons, und mögen sie noch so dicke Wandungen haben, diese Forderung nicht erfüllen. Es ist aber auch als zweites Ziel anzustreben, dass der Ballon so fest sei, dass er einen Zug an seinem Stiele in Verbindung mit der hinzukommenden Wehenkraft aushält, welcher die Sicherheit giebt, binnen kurzer Zeit die völlige Erweiterung des Muttermundes zu erreichen und drittens muss die Vornahme der Füllung des Ballons so einfach, bequem und schnell von statten gehen, dass sie in den Augen der Schwangeren nicht als grosser Eingriff erscheint. Diese letztere Forderung ist namentlich dann zu stellen, wenn drohende Herzschwäche oder hochgradige Dyspnoe schon einen lebensgefährlichen Zustand herbeigeführt haben und jede Aufregung, wie sie mit einer längeren Manipulation verbunden ist, mit sich bringt, den Tod herbeiführen kann. Den letzten beiden Forderungen grosser Widerstandsfähigkeit und schneller Füllung entsprach nach meinen Versuchen der Ballon von Champetier, dessen Beschaffung in Deutschland grosse Schwierigkeiten macht und auch durch die Höhe des Preises (25 M.) erschwert wird, nicht in genügender Weise. Ich habe daher in Verbindung mit der Firma Stiefenhofer versucht, dem Ballon von Champetier bei geringerem Preise eine grössere Haltbarkeit und bequeme Handhabung zu geben.

Ueber die Indikationen zur Dilatatio cervicis, welche von allen Autoren, besonders ausführlich von Dührssen aufgezählt

worden sind, die künstliche Frühgeburt, Placenta praevia, vorzeitiger Fruchtwasserabfluss bei Beckenenge, Nothwendigkeit einer Operation bei noch nicht genügend erweitertem Muttermunde etc. brauche ich hier nicht näher einzugehen, da ich keine neue Indikation hinzuzufügen habe. Allgemein gefasst giebt jeder Zustand, welcher eine möglichst schnelle, völlige und schonende Dilatation aller Weichteile des Geburtskanales wünschenswert macht, die Indikation zur Einlegung des Ballons in den Uterus. Um den Gang meiner Versuche zu zeigen, werde ich auch die mit ungenügendem Material und unvollkommener Technik begonnenen und daher missglückten Fälle anführen, aus denen also nicht dem Verfahren sondern dem ungenügenden jetzt möglichst verbesserten Material, ein Vorwurf gemacht werden kann.

Fall I (ist der schon geschilderte Fall der Klinik).

Fall II. Poliklinik. 30. IV. 95. No. 54 meiner Operationstabelle 1894. Frau J., 23 Jahre, I-para. Placenta praevia lateralis. Muttermund für 2 Finger durchgängig, steht sehr hoch. Mittelst Kornzange wird die Blase gesprengt und ein elastischer Colpeurynter in den Uterus eingelegt, welcher mittelst Stempelspritze mit sterilisiertem Wasser (10 Spritzen à 50 Ccm.) gefüllt wurde. Als an demselben gezogen wird, platzt der Ballon unter der Wehe, ehe der Muttermund genügend erweitert ward. Da der Kopf des Kindes nun genügend tamponierte, wurde, da ein Wendungsversuch wegen nicht genügender Weite des Muttermundes ohne einen tiefen Einriss zu riskieren nicht gelang, die spontane Geburt der inzwischen verstorbenen Kindes abgewartet.

Fall III (privat) 13. VIII. 95. No. 80 meines Journals II p. 317. Muttermund thalergross, Placenta liegt vor, starke Anaemie. Schieflage II a. Einlegung des Ballons von Champetier. Bei der Füllung platzt durch zu heisses Wasser die gläserne Stempelspritze, so dass die Füllung des Ballons nicht vollendet werden kann. Accouchement forcé, Wendung, Extraktion, Kind lebt. Cervixriss.

Fall IV (priv.) 24. VIII. 95. No. 84. Frau K., 29 J. II p. Hängebauch, völliger Mangel der Wehen, vorzeitiger Blasensprung $1^1/_2$ Tage vor Wehenbeginn, Herztöne 13. 13. 13. Kopf über den Beckeneingang beweglich. Muttermund fünfmarkstückgross. Der Ballon wird in den Uterus eingelegt, mit 13 Spritzen prall gefüllt. Er erregt sofort die heftigsten Presswehen, so dass er schon nach 5 Minuten aus der Vulva geradezu herausgeschleudert wird. Da die Wehen hierauf sofort wieder aufhören und die Herztöne nunmehr dauernd 13. 14. 13 betragen, wird bei völlig erweitertem Muttermund Wendung und Extraktion ausgeführt.

Fall V. Poliklinik 12. IX. 95. No. 101. Frau J.

Diese Frau hatte schon wiederholt unter poliklinischer Leitung, dass letzte Mal von mir selbst, bei drohender Uterusruptur, schwierige Perforationen durchgemacht, so dass die Einleitung der künstlichen Frühgeburt möglichst nahe dem Ende der Schwangerschaft beschlossen worden war. Etwa 14 Tage vor dem beabsichtigten Termine liess sie mich rufen und fand ich sie an

schwerer Pyaemie offenbar rettungslos erkrankt. Die Ursache beziehentlich der Ausgangspunkt der Erkrankung wurde auch durch die Sektion nicht festgestellt. Angeblich soll ein Fall auf der Treppe die Ursache gewesen sein. Um wenigstens das Kind zu retten, wurde, ohne Hebamme, nur unter Assistenz eines Practicanten, da wegen des Fiebers keine Hebeamme zur Uebernahme des Falles zu bewegen gewesen wäre, die Frühgeburt eingeleitet.

Temperatur 39.5. II. Schädellage, Kopf abgewichen. Herztöne 17. 17. 17. Muttermund für 2 Finger knapp durchgängig, scharfrandig. Der zuerst eingelegte Ballon von Champetier (Pariser Modell) platzt beim Zug an demselben, nachdem der Muttermund handtellergross geworden. Kopf und Nabelschnur liegen vor. Der Muttermund wird manuell völlig erweitert, das Kind gewendet, extrahiert. Das Kind lebt, und kommt in eine Pflegeanstalt, die Mutter stirbt später an der schon vorher bestandenen Pyaemie.

Fall VI. 26. X. 95. Poliklinik. No. 113 meiner Liste.

Frau H., X-VII para. 4 Kinder leben, 3 Aborte, 5—6 mal Wendung, wovon 1 Kind gelebt hat, 2 Zangen, 1 Perforation, Conjugata diagonalis 10,0 Cm. Obgleich nur noch etwa 14 Tage bis zu dem berechneten Geburtstermin fehlten, wurde, um nach den vielen für die Kinder ungünstigen Geburten den Versuch zu machen das Kind zu retten, die Einleitung der Geburt beschlossen. 25. X. 95. Schieflage II b., Herztöne 11. 12. 11. Hängebauch, Varicen. Promontorium springt stark vor.

$10^{3}/_{4}$ Uhr Vormittags wird der Ballon eingelegt und mittels starken Gummischlauches, der am unteren Bettende befestigt wird, ein Zug an demselben ausgeübt.

Um 2 Uhr platzt der Ballon, in Folge der starken Wehen. (Deutsches genau nach dem Pariser gefertigtes Modell.) Um 3 Uhr 30 Min. wird bei handtellergrossem Muttermund ein zweiter Ballon eingelegt. Derselbe wird binnen 5 Minuten geboren, so dass im Ganzen die Ballons etwas über 3 Stunden im Uterus liegen und von Beginn bis zur Erweiterung $4^{1}/_{2}$ Stunde verstrichen. Die nun sofort eingeleitete Wendung und schwierige Extraktion — die Nabelschnur war vorgefallen — förderte ein im I. bis II. Grad asphyctisches Kind zur Welt, welches am Leben blieb. Eine durch die Enge des Beckeneinganges bei der Extraktion entstandene Clavicularfractur des Kindes heilte gut.

Fall VII. 8. I. 96. No. 5 unserer Liste. Poliklinik.

Frau W. 40 J. IV p. Placenta praevia centralis. Nachdem durch mehrmalige Scheidentamponade mit Wattetampons der Muttermund auf kleine Handtellergrösse erweitert war und sich die Kreissende inzwischen von der vor der Tamponade eingetretenen schweren Blutung etwas erholt hatte, wurde, da nirgends Eihäute zu fühlen waren, die Placenta durchbohrt, der Ballon eingelegt und bei mässigem Zuge in 3 Minuten durch Placenta und Muttermund extrahiert. Die nun sofort ebenfalls ohne Narkose ausgeführte Wendung und Extraktion brachte ein leicht asphyctisches Kind,

welches am Leben blieb. Im Wochenbett vom vierten bis neunten Tage Fieber.

Fall VIII. 27. I. 96. Poliklinik. No. 11.

Frau B. 21 J., Ip. Blase seit 36 Stunden gesprungen. Muttermund für einen Finger durchgängig. Es wird zunächst mit dem Braun'schen elastischen Ballon die Colpeuryse vorgenommen, welche innerhalb einer halben Stunde den Muttermund auf Markstückgrösse erweitert. Nun wird derselbe Ballon in den Uterus eingelegt und unter Zug in 12 Minuten geboren. Der Muttermund ist auf etwa 6 cm Durchmesser erweitert. Als nach 12 Stunden wegen Verlangsamung der Herztöne die Anlegung der Zange beschlossen und vorbereitet wurde, erfolgte die Geburt spontan.

Fall IX. 12. II. 96. priv. No. 18.

Frau H. IIp. Spondylolysthetisches Becken. I. Geburt durch Wendung, Perforation, Decapitation des nachfolgenden Kopfes mit Extraction durch Kephalotrypter beendet.

Einlage des Ballons von Champetier am 12. II. 96 Vormittags $10^1/_2$ Uhr, etwa 8 Wochen vor berechnetem Endtermin der Schwangerschaft. Nach $1^3/_4$ Stunden platzt der Ballon infolge kräftiger Wehen. (Altes Modell). Um 1 Uhr wird ein stärkerer Ballon eingelegt und über zwei Rollen mit einem Gewicht von etwa 3 Kilo beschwert. Abends $6^1/_2$ Uhr zeigt sich die vorher noch mehrere Centimeter lange Portio verstrichen, der Muttermund infolge der vorangegangenen Operationen hart und narbig, fünfmarkstückgross. Von Nachts $10^1/_2$ bis Morgens $9^3/_4$ Uhr wird, da keine Eile geboten war, der Gewichtszug entfernt. Die Wehen hatten inzwischen schwächer angedauert. Vormittags $10^1/_2$ am 13. II. war der Muttermund klein-handtellergross. Um $12^1/_2$ Uhr wurde, nachdem das Gewicht wieder 2 Stunden lang befestigt war, der Ballon in meiner Abwesenheit mit grosser Gewalt ausgestossen. Darauf um 3 Uhr Wendung und Extraction des 42 cm langen Kindes. Dasselbe, jünger, als berechnet war, stirbt nach 5 Tagen an Melaena neonatorum. Die Dauer des Eingriffes betrug also, trotz narbiger Verhärtung des Muttermundes nur $28^1/_2$ Stunden. Der Ballon lag im Ganzen 26 Stunden, davon 12 Stunden mit Gewichtszug.

Fall X. 19. III. 96. No. 37. Poliklinik.

Frl. W. II p. Zwergin. Erste Geburt in der Klinik 1894, mittels sehr schwieriger Perforation, Extraction beendet (Dr. Klien). Es soll, ehe für die Zukunft die Sectio caesarea als unvermeidlich erklärt wird, die Frühgeburt versucht werden. Letzte Regel 27. Juli 1895. Am 19. III. 1896, 12 Uhr Mittags Einlegung des Braun'schen Dilatators in den Uterus, die Portio war noch etwa 3 cm. lang, etwas aufgelockert, der Muttermund für einen Finger durchgängig. Zweite Schädellage. Herztöne gut. 34. Woche. An den Ballon wurden etwa 2 Kilo über zwei Rollen aufgehangen. Abends $9^1/_2$ Uhr wurde der Ballon geboren. Derselbe war schlaff und enthielt nur noch etwa ein Drittel seines ursprünglichen Inhaltes. Offenbar war die Verbindung des Schlauches mit dem Metallhahne des Braun'schen Colpeurynter nicht dicht genug gewesen. Um

10½ Uhr wurde ein ebenfalls elastischer Ballon mit sehr dicken Wandungen von der Form des Ballons von Champetier auf 11 bis 12 cm Durchmesser ausgedehnt, eingelegt und etwa 3 Kilo Gewicht angehangen. Am 20. III. Vormittags 9½ Uhr wurde der Ballon mit Kraft ausgestossen. Das Gewicht hatte über Nacht nicht gehangen, auch hatte Patientin durch Aufstemmen eines Fusses auf den Strick, an dem das Gewicht hing, den Zug aufzuheben und so die ihr lästigen Wehen zeitweilig zu sistieren verstanden. Wie lange das Gewicht gewirkt hat, ist daher nicht genau zu bestimmen. Trotz der grossen Ausdehnung des dicken elastischen Ballons war nach Ausstossung desselben der Muttermund nur handtellergross. Derselbe wurde behufs Wendung und Extraction noch manuell völlig erweitert. Der nachfolgende Kopf musste perforiert werden. Von Beginn der Einleitung der Geburt bis zur Herausbeförderung des Kindes verliefen 21½ Stunden.

Fall XI. Privat. 28. V. 1896. No. 44.

Frau S. VIpara, plattes Becken. Mittags 12 Uhr Blasensprung bei kaum für einen Finger durchgängigem Muttermund. Um 2 Uhr Beginn schwacher Wehen. 4¾ Uhr Muttermund thalergross. Abends 8½ Uhr Befund der gleiche; Wehen selten und schwach. Einlegen des Ballon von Champetier in die Scheide. Sofort treten starke Wehen auf. Um 11 Uhr wurden die Herztöne 13, 14, 13. Bei Entfernung des Ballons zeigt sich der Muttermund erst handtellergross. Es wird daher der Ballon in den Uterus selbst gelegt und mit mässigem Zug in 5 Minuten extrahiert, wobei er, da der Beckeneingang für ihn zu eng war, einen Einriss bekommt. Nachdem nun der Muttermund völlig erweitert war, wird die durch sehr unruhige Narkose erschwerte Wendung mittels des Handgriffes der Sigismundin aus I. Schädellage und sofort auch die Extraction vorgenommen. Kind und Mutter sind gesund.

Zwei Fälle von Kolpeuryse zur Vorbereitung der Cervixdilatation wurden schon im Vorstehenden angeführt. Die Fälle, in welchen ich die Kolpeuryse allein anwandte, sind folgende:

Fall I. 5. V. 1895, No. 56. Frau P., 26 J. IVp.

Placenta praevia. Muttermund für 2 Finger durchgängig, Cervix verstrichen. Blutung. Einlegung des elastischen Kolpeurynters 1 Uhr Nachmittags und Applikation von Senfpapier auf Kreuz und Unterbauchgegend. Darauf traten Wehen, welche bis dahin fast völlig fehlten, häufig, aber zunächst schwach auf. Um 5 Uhr wird durch einige kräftige Wehen der Ballon ausgestossen. Der Muttermund ist handtellergross, keine Blutung. Es wird die Blase gesprengt, da die Eihäute jetzt vorn zu erreichen sind, und erfolgt die Geburt unter Anregung der Wehen durch heisse Irrigationen spontan.

Fall II. 26. IX. No. 107 priv. Frau W., 36 J. Ip.

Um 10 Uhr Vormittags hatte der Kollege N. Baer bei der alten Primipara den Muttermund thalergross und hart gefunden. Die Herztöne waren gut, doch war bei I. Schädellage Meconium im Fruchtwasser bemerkt worden. Das Becken war verengt, C. diag. 10 ¼ Cm. Auf einige leichte sternförmige Incisionen hatte sich der Muttermund bis Nachmittags 2 Uhr, als ich die Kreissende

zum ersten Mal sah, auf Fünfmarkstückgrösse erweitert. Da die Wehen mangelhaft waren, suchte ich dieselben durch Senfpapier, heisse Irrigationen zu verbessern. Als auch um 6 Uhr trotz guter Wehen kein Fortschritt stattgefunden, legte ich den Ballon von Champetier in die Scheide. Ich wollte ihn in den Uterus legen, der Kopf war aber dem Beckeneingange und unteren Uterussegmente so fest aufgepresst, dass dies unmöglich war. Da angeblich schon seit 4 Wochen Wasser abgeflossen war, war der Termin des Blasensprunges nicht zu bestimmen. Die Wehen wurden hierauf besser und als, da die Herztöne sehr wechselnd geworden waren und Zeichen von beginnender Dehnung des unteren Uterinsegmentes eingetreten waren, der Ballon nach 1 1/2 Stunden entfernt wurde, zeigte sich der vorher sehr harte Muttermund weich und elastisch und völlig erweitert. Ein vorsichtig vorgenommener Wendungsversuch konstatierte einen ausgesprochenen Kontraktionsring, fast in Nabelhöhe. Ein Zangenversuch misslang. So musste, nachdem das Kind inzwischen abgestorben war, schliesslich perforiert werden. Die lange Dauer der Geburt und die verschiedenen Eingriffe hatten eine so hochgradige und lange anhaltende Herzschwäche zur Folge, dass dieselbe nur durch aussergewöhnlich hohe Dosen von Campheröl (Ol. camphor. fort. 70 Spritzen) und Aeth eraceticus (50 Spritzen), einige Coffeïninjektionen, sowie subcutane Infusion von 2 Ltrn. Kochsalzlösung, welche in der Zeit von Abends 9 Uhr bis Mittags 1 Uhr verabreicht wurden, gehoben werden konnte. Noch jetzt sind Oedeme der Füsse und andere Erscheinungen von Herzschwäche vorhanden.

Fall III. 17. XII. 1895, No. 136. P., 24 J., Ip., enges Becken c. diag. 10 1/4 cm. I. Schädellage. Fruchtwasser 1 1/2 Tage abgeflossen. Kopf über den Beckeneingang. Muttermund von Fünfmarkstückgrösse, scharfrandig, Vulva eng. 3 3/4 Uhr Nachmittags wird der Braun'sche Kolpeurynter in die Scheide eingelegt, kombiniert mit Senfpapierapplication und nach heisser Ausspülung. Die dadurch hervorgerufenen Wehen lassen bald nach. Um 7 Uhr wird der Kolpeurynter stärker gefüllt, worauf sofort starke Wehen eintraten. Die Herztöne stiegen nun bald auf 14. 14. 14., sodass nach einer halben Stunde der Ballon entfernt wurde. Der vorher harte und scharfrandige Muttermund war jetzt weich, aufgelockert und handtellergross, sodass die Wendung und Extraktion ohne Einriss ausgeführt werden konnte.

Fall IV. 25. I. 1896. P. No. 9. Frau D., 25 J. Ip., plattes Becken C. d. 10,0. Vorzeitiger Blasensprung am 24. I., Mittags 1 Uhr. 10 Stunden vor Wehenbeginn. I. Vorderscheitelbeinstellung. Muttermund markstückgross. Am 25., Nachmittags 3 1/2 Uhr wird der Ballon von Champetier in die Scheide eingelegt und als nach starken Wehen um 11 3/4 Uhr Mitpressen eintritt, entfernt. Der Muttermund ist weich, handtellergross. Um 5 1/2 Uhr erfolgte die Geburt unter Expression des Kopfes nach Ritgen und Extraktion der Schultern (Trichterbecken).

Fall V. Ballondilatation der Cervix No. VIII.

Fall VI. 30. I. 1896, No. 12. Poliklinik. Frau F., 22 J. IIp., plattes Becken C. diag. 10,0. II. Vorderhauptslage. Vorzeitiger Blasensprung. Abends 8 Uhr am 30. I. Wehenbeginn 12 Uhr Nachts. Kopf über dem Becken, Muttermund fünfmarkstückgross, weich. 1 Uhr 15 Minuten wird der Braun'sche Ballon in die Scheide gelegt. Darauf treten starke Wehen und Mitpressen auf. Als um 2 Uhr 50 Min. der Ballon entfernt wird, ist der Muttermund nicht grösser, nur der Saum dünner geworden. Es wird daher der Ballon von Champetier eingelegt, welcher sehr starke Wehen erregt; dieselben dauern auch nach seiner Entfernung wegen zu starker Schmerzen (3 Uhr 5 Min.) an, so dass ohne weitere Hilfe um 5 Uhr die Geburt spontan erfolgt.

Fall VII. 28. V. 1896. No. 44. Cervixdilatation No. XII.

Die Ballons, welche zur Colpeuryse, wie zur Cervixdilatation verwandt wurden, waren

1. die üblichen birnenförmigen elastischen Colpeurynter,
2. das mit einem gebogenen Metallrohre, über welches der an dem Ballon auslaufende Schlauch befestigt ist, versehene Modell von Härtel in Breslau, nach Braun,
3. ein sehr starker elastischer Ballon in Form des Ballon von Champetier,
4. der Ballon von Champetier de Ribes (Pariser Fabrikat),
5. desgleichen durch Firma Stiefenhofer hergestellt. Diese beiden Ballons bestehen aus Baumwollenstoff, dessen Nähte geklebt sind und welcher nur auf der Aussenseite mit Gummi überzogen ist.
6. Um die durch Füllung mit Flüssigkeit zu befürchtende Maceration, auf welche zum Teil das Platzen geschoben wurde, zu vermeiden und die Widerstandskraft zu erhöhen, wurde auch die Innenseite auf kaltem Wege vulkanisiert und die Kanten des Stoffes genäht,
7. Als letztes und, wie es scheint, dauerhaftestes Modell wurde die wie vorher hergestellte Stoffgrundlage auf beiden Seiten auf warmen Wege vulkanisiert.

Die Füllung des Ballons

erfolgte zuerst mittels einer etwa 50 g fassenden Wundspritze mit Glaswandung. Eine grössere Stempelspritze wäre zu umfänglich gewesen, ein Irrigator hätte bei weitem nicht den genügenden Druck gegeben, um den Ballon, welcher dem Wehendrucke ausgesetzt ist, zu füllen. Die Notwendigkeit, die Spritze sehr oft zu füllen — beim Ballon von Champetier etwa 13 Mal — machten diese Manipulation zu einer sehr umständlichen und als mir durch zu grosse Hitze des Wassers die Spritze zersprang, sah ich mich nach einem weniger umfänglichen, haltbaren und doch dem Ballon an Inhalt möglichst gleichen Füllungsinstrumente um, welches gestattete, womöglich mit einem einzigen langsamen Druck den Ballon gleichmässiger zu füllen. Ich liess zu diesem Zwecke einen derben sackartigen Gummibeutel anfertigen, der an Inhalt den Ballon etwas

übertrifft und durch einen sehr einfachen, von Herrn Wizemann, Inhaber der Firma Stiefenhofer angegebenen Bajonettenschluss mit dem Hahn des Ballons schnell verbunden werden kann. Die Füllung des mit genügend weiter Oeffnung versehenen Füllballons erfolgt schnell mittels des Irrigators.

Will man sich dieses Füllballons nicht bedienen, so sind, besonders auch für die üblichen weichen Colpeurynter, die Ballonspritzen vorzuziehen, welche ebenfalls die Stempelspritzen bei geringeren Volumen an Kapazität übertreffen und mit nur einer einzigen Hand gefüllt und entleert werden können. Um absichtliches oder unversehentliches Oeffnen des Hahnes zu vermeiden, kann man denselben auch mit abnehmbarer Querstange, als Schlüssel, anfertigen lassen.

Fasse ich die Erfahrungen, welche ich aus meinen Versuchen geschöpft habe, zusammen, so muss ich an eine Methode zur künstlichen Erweiterung des Muttermundes folgende Anforderungen stellen:

1. Bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt darf die Zeit vom Beginne des Eingriffes bis zur vollständigen Erweiterung des Muttermundes wenigstens nicht länger dauern, als die durchschnittliche Zeit vom Beginne der Wehen bis zur völligen Erweiterung des Muttermundes bei normaler Geburt.

2. Die Dehnung der Cervix muss an allen Punkten der Muttermundperipherie gleichmässig sein, so dass Einrisse möglichst vermieden werden.

3. Die Portio muss, wie bei normaler Geburt, aufgelockert werden.

4. Die Manipulationen müssen einfach sein, d. h. schnell und ohne einen grossen psychischen Eindruck auf die Frau hervorzurufen, auszuführen sein.

5. Die Wirkung muss sicher, dabei in ihrer Schnelligkeit und Stärke kontrollierbar nnd modifizierbar sein und es müssen

6. bei Beendigung des Eingriffes Verhältnisse geschaffen sein, welche jeden operativen, die Geburt beschleunigenden Eingriff sofort möglich machen.

Diesen Anforderungen genügt in annähernd befriedigender Weise nur die Ballondilatation der Cervix mit Zug an dem Ballon unter Benutzung eines widerstandsfähigen Modelles von der Grösse und Form des Champetier'schen Ballons, verbunden mit einer bequemen Füllvorrichtung oder mit Ballonspritzenfüllung.

Mit Hilfe des zuerst von Maeurer empfohlenen Zuges, welchen ich bei den ersten Versuchen mit der Hand, dann mittelst Einschaltung eines doppelten starken Gummischlauches zwischen Ballonstiel und Bettrand, zuletzt mittelst Gewichtszuges bis zu 3 Kilo, genau wie bei Extensionsverbänden, über 2 Rollen, welche an Brettern oder am Bettrand befestigt sind, ausübte, kann man mit Sicherheit in einer die Durchschnittsdauer einer Eröffnungsperiode nicht übersteigenden, meist viel geringeren Zeit die völlige Erweiterung der Cervix erzielen. Will man die Kräfte der Frau schonen, was natürlich nur mit grösserem Zeitaufwande möglich ist, so kann man den Gewichtszug verringern oder ausschalten; ist Eile nötig, so kann man ihn beliebig verstärken. Man hat also den Verlauf der Manipulation vollständig in der Hand, ein Vorzug, dessen keine andere Methode sich rühmen kann. Die bei starkem Zug hervorgerufenen oft äusserst kräftigen Wehen in Verbindung mit dem elastischen oder Gewichtszuge, bewirken einen so starken Druck auf den Inhalt des Ballons, dass dieser am Uebergang zum Stiele, wo der Gegendruck von Seiten der Cervix aufhört, leicht platzt. Dieses auch bei den kräftigen Modellen wohl nicht ganz auszuschliessende Ereignis ist die einzige Schattenseite der Methode, verlangt indessen nur die Einlage eines weiteren Ballons. Mehr als zwei Ballons habe ich bei keinem Versuch gebraucht und hatte die Ruptur in einigen Fällen ihren Grund wohl in der für den Durchtritt des Ballons ungenügenden Weite des Beckeneinganges, worauf Champetier selbst schon hinweist. Bei stärker verengtem Becken muss man daher, wenn man den Ballon durch den Beckeneingang zieht, etwas von dem Inhalte ablassen, um es nachträglich wieder zu ersetzen.

Da die übrigen Methoden oft noch viel häufigere Eingriffe erfordern, ist die Möglichkeit einer einmaligen Wiederholung kein schwerwiegender Einwurf, ebensowenig wie die Notwendigkeit bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei Erstgebärenden durch Einlegung eines Tarnier'schen Ballons die Cervix vorzubereiten. Wenn man so mit annähernder Sicherheit innerhalb 24 Stunden die völlige Erweiterung der Cervix selbst bei noch erhaltener Portio garantieren kann, so steht diese Art den in gleicher Beziehung vielleicht ebenso sicheren Methoden instrumenteller Erweiterung dadurch voran, dass der im Durchschnitte kreisförmige und kegelförmige Ballon den Kanal gleichmässig ausdehnt und nicht, wie ein Instrument oder die Hand, einzelne Punkte besonders stark angreift. Dieser Vorzug wird noch erhöht dadurch, dass der prall elastische Ballon durch seinen länger dauernden gleichmässigen Druck wie durch energische Massage eine Auflockerung selbst knorpelharter Partien der Portio bewirkt, wie in ähnlicher Weise höchstens die Irrigationsmethode. Ehe ich die Versuche mit der Ballondilatation begann, versuchte ich wiederholt in dringenden Fällen durch digitale bimanuelle Dehnung des Muttermundes mit beiden Zeigefingern eine Erweiterung zu erzielen, dies gelang jedoch nur in geringem Grade, und da, ebenso wie beim Accouchement forcé oder bei instrumentaler Erweiterung eine nennenswerte Auflockerung der

Portio dabei nicht erreicht wurde, so konnten Cervixrisse bei der nachfolgen Operation nicht immer vermieden werden.

Wenn der Ballon von Champetier mit seiner 10 cm im Durchmesser haltenden oberen Fläche die Cervix passiert hat, dann ist weder bei Anlegung des Forceps noch bei Wendung und Extraction ein Cervixriss durch die Grösse der Hand des Operateurs oder des Kindeskopfes möglich. Es kann also jede dieser Operationen der Ausstossung des Ballons sofort angeschlossen werden.

Die Manipulationen, welche zur Einlegung nötig sind, sind nicht grösser, als die zur Einlegung eines Bougie. Bedingung ist, dass die Cervix etwa für einen Finger gut durchgängig ist, um dem Ballon von Champetier den Durchtritt zu gestatten. Ist dieser noch nicht einzuführen, so kann man mit Einlegen desselben Ballons in die Scheide, oder eine der übrigen Methoden: instrumentelle Dilatation, Quellstifte, heisse Douchen etc. oder Einlage eines weichen Ballons von Tarnier, Barnes, Fehling, Braun etc. in den Uterus und Zug an demselben beginnen und die Ballondilatation nach Champetier-Mäurer anschliessen, sobald es möglich ist oder sobald der erste Ballon geboren ist.

Die Desinfection des Ballons erziele ich durch Einlegen des mit Lysollösung aufgetriebenen Ballons in starke Lysollösung und Abbürsten der glatten Oberfläche desselben, in eiligen Fällen durch Auskochen, welches ebenfalls von den Ballons gut vertragen wird, so dass die Methode auch der streng aseptischen Richtung Genüge leistet. Die Desinfektion des Genitalschlauches ist dieselbe, wie bei jedem intra-uterinen Eingriff. Die vordere Muttermundslippe wird mittelst einer Kugelzange angezogen, welche ein Assistent oder der v. Engel'sche Apparat (C. f. G. 1893, p. 38) hält, die hintere Lippe zieht der Operateur mittelst einer zweiten Kugelzange selbst an. Der Ballon wird entleert, bei geöffnetem Hahn möglichst eng zusammengefaltet, so dass seine Spitze konisch ist und, nachdem der Hahn geschlossen, mittelst einer gebogenen Kornzange durch den Cervicalkanal zwischen Eihäute und Uterus, oder wenn die Blase gesprungen ist, in die Eihöhle selbst eingeführt.

Während nun die linke Hand die Kornzange hält, wird der Füllballon, dessen weite Oeffnung die Einführung des Irrigatorschlauches gestattet, leicht und schnell gefüllt, derselbe mit dem Hahn des Ballons verbunden, und durch gleichmässig starken Druck der Inhalt des Füllballons langsam in den Ballon getrieben. Die Kornzange gleitet dabei von selbst von dem sich blähenden Ballon ab, wird entfernt und kann nun die linke Hand kombiniert mit der rechten die völlige Entleerung des Füllballons ohne Unterbrechung bewirken. Sollte die Verbindung des Ballons sich dabei lösen, so ist der Hahn natürlich sofort zu schliessen und ist die Nachfüllung, falls ein teilweiser Abfluss der Flüssigkeit absichtlich oder unabsichtlich stattgefunden hat, leicht. Am Stiele des Ballons ist die Spannung der Wandung leicht zu kontrollieren und verhindert die mangelnde Elastizität des Ballons an und für sich eine zu starke Füllung desselben.

Diese schnelle und bequeme Füllung, welche sich im Querbett oder im halben Querbett, weniger bequem im Längsbett, mit erhöhtem Steiss vornehmen lässt, ist besonders vorteilhaft bei Frauen welche wegen drohender Herzschwäche oder Dyspnoe einer länger dauernden Operation oder einem grösseren Eingriff schon wegen der damit verbundenen Aufregung nicht ausgesetzt werden dürfen. Die Einlegung einer weichen Gummiblase, welche genau wie bei der Geburt Wehen bewirkt, kann man selbst ängstlichen Frauen als einen wenig Aufregung verursachenden Eingriff darstellen.

So entspricht die Methode allen vorhin aufgestellten Forderungen und ist vielleicht nur noch durch weitere Erhöhung der Haltbarkeit des Materiales der Ballon zu verbessern.

Die Schlüsse, welche ich aus den angeführten Versuchen geben zu dürfen glaube, sind folgende:

Die Cervixdilatation mittels elastischer Ballons ergiebt keine befriedigenden Resultate. Die dünnen üblichen Colpeurynter platzen leicht oder ziehen sich lang aus, so dass nach ihrer Ausstossung die Erweiterung des Muttermundes noch lange nicht vollständig ist. Letzteren Uebelstand zeigten auch der derbere Braun'sche und ein noch stärkerer auf etwa 11 cm Durchmesser aufgetriebener Ballon. Es sind daher nur die auf dem Prinzipe des Champetier'schen Ballons beruhenden nicht elastischen Modelle brauchbar und ist auch die kegelförmige Form des Champetier'schen Ballons sehr zweckentsprechend. Bei Anwendung eines stärkeren Zuges zeigt sich der Ballon von Champetier dem durch die Wehen noch verstärkten Drucke seines Inhalts nicht immer gewachsen und sind daher festere Ballons zu wählen. Es könnten bei Anwendung so starken Zuges Bedenken erhoben werden, ob nicht die Ligamente des Uterus zu stark gedehnt werden und dadurch ein späterer Prolaps hervorgerufen werden könnte. Abgesehen davon, dass bisher keine derartigen Folgen von mir beobachtet wurden, erscheint mir dieser Einwurf auch theoretisch leicht zu entkräften. Da nur am Ende der Schwangerschaft der grosse Ballon verwendet werden kann, ist es unmöglich, das Corpus Uteri in das kleine Becken zu ziehen, da es über dem Beckeneingange durch diesen zurückgehalten wird und ist somit eine Dehnung der Bandapparate ausgeschlossen, wirkt vielmehr der Ballon allein auf die Innenfläche des Cervix dilatierend. Zur Füllung ist eine Ballonspritze der Stempelspritze vorzuziehen, am schnellsten und einfachsten füllt man den Ballon mittels eines mit dem Wizemann'schen Hahn versehenen Füllballons. Die Dauer der mittels dieser Methode eingeleiteten Frühgeburten ist eine sehr befriedigend kurze, der Verlauf ein in jeder Beziehung guter gewesen. Zu einer vergleichenden Statistik, bei welcher besonders die Beschaffenheit der Portio, ob hart oder weich, lang oder kurz, ob Primipara oder Pluripara und die Zeit der Schwangerschaft zu berücksichtigen wäre, reichte das Material nicht aus. Besonders auffallend war die günstige Wirkung in allen Fällen von Wehenmangel bei unvollständig erweitertem Muttermunde.

Unter häufigen sofort auftretenden Wehen wurde die völlige Erweiterung in wenigen Minuten erzielt und konnte so der nötige Eingriff ohne Gefahr für die Mutter gemacht werden. Von grosser Wichtigkeit für die Wirkung des Ballons ist die Richtung des Zuges, welche möglichst senkrecht auf die Richtung des Beckeneinganges gekehrt sein muss, damit der Druck gegen die Cervix und nicht gegen die Symphyse ausgeübt wird. In dem Falle von Spondylolisthesis, in welchem die Conjugata vera fast senkrecht stand, musste daher der Zug fast direkt nach hinten gegen die Kreuzbeinspitze ausgeübt werden. Eine Vernachlässigung dieses Gesichtspunktes macht unnötige Kraftanwendung nötig und ruiniert dadurch leicht den Ballon.

Ein Schaden wurde, auch bei stärkerer Anwendung von Zug nicht beobachtet, doch dürfte für die Praxis ein geringerer Zug als der höchste von mir angewandte von 3 Kilo meist ausreichen.

Die Kinder kamen, soweit sie nicht perforiert wurden oder maceriert waren, lebend zur Welt und hatten durch den Eingriff keinen Schaden erlitten. Von den Müttern erkrankte ausser der Frau, bei welcher bei schon bestehender Pyaemie Frühgeburt eingeleitet wurde, eine vorübergehend fieberhaft, ohne dass die Ballonbehandlung als Ursache aufzufassen wäre.

Die Füllung des Ballons geschieht mit sterilisierter oder leicht antiseptischer Flüssigkeit. Luftfüllung ist gefährlich, und beobachtete Marduell (Province med. 95 No. 5) schon bei dem kleinen Tarnier'schen Ballon eine allerdings nicht tötliche Luftembolie.

Die Versuche mit der Colpeuryse ergaben ebenfalls befriedigende Resultate, besonders durch die Auflockerung, welche stets bei vorher rigider Cervix erzielt wurde und kann ich daher den mehrfach günstigen Urteilen der letzten Zeit über den Nutzen der Colpeuryse bei vorzeitigem Blasensprung und rigidem Muttermunde voll beistimmen. Wäre die Colpeuryse im Fall No. II (der Colpeuryse) sofort nach dem Blasensprunge angewandt worden, so hätte das Kind wahrscheinlich durch Wendung und Extraktion, eventuell auch nach Cervixdilatation mit dem Ballon, gerettet werden können und die Frau wäre nicht durch Herzschwäche in die äusserste Lebensgefahr gekommen. Gerade dieser Fall, in welchem die auflockernde Wirkung der Colpeuryse, leider zu spät, in auffälliger Weise beobachtet wurde, hat mich sehr für dieselbe eingenommen. Bei Placenta praevia ziehe ich indessen die kräftige Tamponade der Scheide mit Wattetampons vor, da sich diese den Räumlichkeiten des Beckens besser anpassen und so die Blutung besser verhindern können als ein Ballon. Vollendet wird die Erweiterung des Muttermundes auch bei Placenta praevia, wenn nötig am Besten mittels Ballondilatation. Die Einlage des Ballons, welche für gewöhnlich zwischen Eihäuten und Uterus stattfindet, erfolgt bei Placenta praevia stets, bei vorzeitigem Blasensprung auch wohl

meist, in die Eihöhle, wodurch bei Placenta praevia gleichzeitig die Blutstillung durch Compression des unteren Placentarabschnittes gegen die Uteruswand besorgt wird. Bei Placenta praevia centralis suche ich, weil durch zu ausgedehnte Compression der Placenta das Kind in Gefahr kommt und bei Durchbohrung der Placenta auch leicht Gefässe zerrissen und die Nabelschnur komprimiert werden kann, die nötige Erweiterung des Muttermundes mittels der Scheidentamponade allein zu erreichen, um nach über handtellergrosser Eröffnung die Wendung und Extraktion durch die Placenta auszuführen. Auch für die Colpeuryse ziehe ich den Ballon von Champetier vor, da er haltbarer und härter ist und die Compression der Portio durch die Wehen zwischen ihm und dem vorliegenden Kindesteile oder der Blase eine stärkere ist und somit die Auflockerung von harten schwieligen Stellen schneller erfolgt.

Um mit Colpeuryse Wehen zu erzeugen, muss der Ballon straff gespannt sein und genügt bisweilen ein Mehr von wenigen Cubikcentimetern, um den vorher fehlenden Erfolg sofort herbeizuführen. Da der Ballon von Champetier nicht oder doch nur in sehr geringem Grade dehnbar ist, und in seinen Maassverhältnissen einem Kindeskopfe entspricht, so ist eine Ruptur der Scheide am Ende der Schwangerschaft auch bei sehr praller Füllung des Ballons weniger zu befürchten als bei Verwendung elastischer Ballons, deren Ausdehnungsfähigkeit sehr gross und nicht kontrollierbar ist. Dass die Kraft des Ballons genügt, die Vagina zu sprengen, beweist ein älteres Vorkommnis in der Münchener Frauenklinik, allerdings bei einem gynäkologischen Falle, und daher rigidiver und enger Scheide.

Betrachten wir nun die Veröffentlichungen über Anwendung grosser Kautschukballons in der Geburtshülfe zunächst in der deutschen Litteratur, so ist Carl Braun 1851 [1]) der Erste, welcher die Colpeuryse mit einem von ihm konstruierten Ballon unter weitgehender Indikation empfiehlt. Das ursprüngliche Modell, welches einen nur kurzen, harten, innen mit Horn ausgelegten Stiel besitzt, ist offenbar praktischer gewesen, als das mir von der Firma Haertel gelieferte Exemplar, welches einen unnötig langen Stiel mit ebenso unnötiger starker Beckenkrümmung aufweist.[2]) An dem Ende des Ansatzrohres befindet sich ein Ring, durch welchen ein Band gezogen werden soll, um den Ballon nach oben, gegen das Scheidengewölbe zu ziehen und es sollen dadurch die unteren Scheidenpartieen, besonders die Urethra, vor Druck geschützt werden. Dass dieser Erfolg damit erreicht werden kann, oder auch besonders erstrebenswert ist, erscheint mir unwahrscheinlich. Ueber die Art der Füllung des Ballons, welche mit warmem Wasser geschieht, erwähnt Braun Nichts. Als Indikationen für die Colpeuryse giebt er an:

[1]) C. Braun: Zeitschrift der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien 1851, p. 527.

[2]) Die Abbildung meines Ballons zeigt ebenfalls einen längeren Stiel, als ich angegeben habe, da sie nach einem von einem Kollegen bestellten Modell gefertigt wurde.

1. Metrorohagien in der Eröffnungsperiode und, worin man ihm wohl nicht unbedingt beistimmen kann, auch nach Ausstossung der Placenta, wenn man den Sitz der Blutung bei gut kontrahiertem Corpus, in der Cervix vermutet. Jedenfalls wird man jetzt die Naht der Rissstelle oder Uterus-Scheidentamponade vorziehen.

2) Bei Querlagen und normalen Becken als Vorbereitung zur Wendung auf den Kopf.

3. Bei engem Becken zur vollen Eröffnung des Muttermundes behufs Ermöglichung aller die Geburt beschleunigenden Operationen und zur Vermeidung des zu frühen Blasensprunges.

4. zur Einleitung oder Beschleunigung der Geburt bei Eklampsie.

5. Zur Zurückhaltung einer Hernia intestino-vaginalis.

6. Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Es folgen alsdann für jede der angegebenen Indikationen eine Anzahl Beispiele, welche die Schnelligkeit und relative Gefahrlosigkeit für die Verhältnisse der vorantiseptischen Zeit darthun. Ausser bei Placenta praevia stimme ich diesen Indikationen allerdings nur insofern bei, als ich die Kolpenryse wenn möglich durch die intrauterine Ballondilatation ersetze oder dieselbe anschliesse.

Im Centralblatt für Gynäkologie 1887, p. 393 veröffentlichte alsdann Dr. Mäurer in Colbenz eine „Neue Methode zur schnellen Eröffnung des Muttermundes bei der Geburt." Durch einen Fall von Placenta praevia centralis, welchen er zuerst mit Colpeuryse behandelte, kam er auf den Gedanken den prall mit Wasser gefüllten Ballon zwischen Placenta und Uteruswand einzulegen, worauf es ihm in 20 Minuten gelang, durch mässigen Zug am Schlauche des Ballons den Muttermund völlig zu erweitern und hierauf das Kind lebend zu entwickeln.

Dieser glückliche Erfolg für das Kind scheint mir darin begründet zu sein, dass der Ballon bei der Füllung sich naturgemäss nach der Seite der Eihäute ausdehnte und nicht die festsitzende Placenta vollends löste, wodurch das Kind erstickt worden wäre.

Infolge der Veröffentlichung Mäurer's tritt in demselben Jahrgange des Centralblattes p. 457 Greder, früher Assistent der Zweifel'schen Klinik, gegen Mäurer auf. Er erklärt Mäurers Verfahren für eine unwesentliche Veränderung der Methoden von Wahlbaum, Schnakenberg, Tarnier, Barnes, und setzt dem Mäurer'schen, einfachen Verfahren ein sehr kompliziertes Verfahren entgegen. Statt eines benutzt er eine Reihe an Grösse zunehmender Ballons und kritisiert zuletzt die Zugwirkung, ohne sie probiert zu haben, sehr abfällig. Indem er Mäurer vorwirft, das dieser allein durch den Zug die Wehen ersetzen wolle, übersieht er, dass Mäurer ausdrücklich hervorhebt, dass durch den Zug äusserst energische Wehen hervorgerufen wurden, welche, unterstützt allerdings durch den Zug, die Eröffnung bewirkten. Wiederholt habe auch ich von der Einlage der Ballons zunächst gar keine Wirkung, sofort bei Anwendung eines auch nur geringen Zuges kräftige Wehen auftreten sehen. Wenn Greder glaubt, Mäurer wolle den Ballon nur in die Cervix legen, wie er allerdings zuerst beabsichtigte, so

vergisst er wieder, dass Mäurer im Gegensatz zu Tarnier, Barnes etc., einen so grossen Ballon anwendete, dass dieser in der Cervix gar keinen Platz hatte, und zunächst gegen seinen Willen in den Uterus hineinschlüpfte. In der Verwendung gerade eines grossen Ballons und Applikation von Zug an demselben besteht ja die Eigenart des Mäurer'schen Verfahrens. Ueber die von Greder hervorgehobene Gefahr der Dehnung der Befestigungen des Uterus habe ich schon früher gesprochen, wie er aber durch die Wirkung des Ballons auf die Cervix eine Inversio uteri hervorrufen zu können glaubt, dafür bleibt er eine Erklärung schuldig.

Auf die im folgenden Jahre durch die Erfindung des Ballons von Champetier erfolgte Verbesserung der Methode komme ich bei Erwähnung der französischen Litteratur zu sprechen, da jene in Deutschland noch keine Nachahmung gefunden zu haben scheint.

Die abfällige Kritik Greder's mag wohl die Ursache sein, weshalb sich die Ballondilatation in Deutschland nicht sobald einbürgern konnte und während in Frankreich durch Champetier's Methode viele gute Erfolge erzielt wurden, tritt erst auf dem fünften Gynaekologenkongresse in Breslau 1898 Dührssen wieder energisch für Ballondilatation der Cervix ein. Auch er führt indessen dünnwandige Colpeurynter mittelst Kornzange ein und füllt dieselben mit $^3/_4$ bis 1 Liter Wasser.

Nicht allein in dem nun ausgeübten Zuge, wie Dührssen angiebt, sondern auch in der Grösse des Ballons liegt der Unterschied zwischen Mäurer einerseits und Tarnier, Barnes etc. andererseits.

Dührssen verlangte zur Empfehlung der Methode die günstige Beantwortung der Fragen:

1. Vermag das Verfahren bei normalem Sitz der Placenta in kurzer Zeit die geschlossene Cervix so zu erweitern, dass ein reifes Kind ohne Schwierigkeit extrahiert werden kann?

2. In welcher Weise findet die Dilatation statt, ist dieselbe analog der physiologischen Erweiterung des Muttermundes?

3. Bringt das Verfahren irgend welche Nachteile für Mutter oder Kind mit sich?

Auf Grund seiner Erfahrungen beantwortet Dührssen alle diese Fragen in für die Mäurersche Methode günstigem Sinne, während ich, bei Anwendung eines elastischen, selbst sehr grossen, dickwandigen Ballons den Muttermund nicht völlig erweitert vorfand. Auch Dührssen ist dies begegnet. Er sagt: Cervixrisse, die aber niemals den Ansatz der Scheide überschritten, wurden fünf Mal konstatiert. Sie kamen dadurch zu Stande, dass der elastische Colpeurynter die Cervix nicht zum Verstreichen bringt, sondern nur auseinander treibt. Es bleibt also bei rascher Extraction des Colpeurynter stets ein Muttermundssaum bestehen, der durch den harten Kopf leicht einen Einriss erleiden kann. — Hätte Dührssen unelastische Ballons benützt, würde er dies nicht erlebt haben, die Dilatation würde allerdings vielleicht ein wenig länger gedauert haben. Von dem elastischen Ballon, wird durch die kräftigen Wehen, wenn der Muttermund etwa handtellergross ist, der unterste

Teil in die Scheide getrieben und hier aufgebläht, so dass ein grosser Teil des Inhaltes aus dem Uterus in den in der Scheide liegenden Teil des Ballons tritt und so der Ballon eine sanduhrförmige Gestalt erhält. Schliesslich wird die untere Anschwellung des Ballons so gross, dass, auch ohne Platzen des Ballons, der obere Teil den nur mässig erweiterten Muttermund passieren kann. Der ausgestossene Ballon kann 10 cm und mehr Durchmesser haben, der Muttermund, welchen er passierte, braucht aber nur auf 5 bis 6 cm erweitert worden zu sein. Beim Ballon von Champetier ist dies ausgeschlossen. Hätte Dührssen bei Bekanntschaft mit dem Ballon von Champetier wohl seinen, allerdings einen „Triumph der Technik" darstellenden „vaginalen Kaiserschnitt" bei nicht verengtem Becken auszuführen brauchen? Ich meine nicht, und hoffentlich werden ihm Andere, besonders weniger Geübte nicht nachfolgen.

Auch Dührssen empfiehlt bei Placenta praevia die Einlegung des Ballons in die Eiblase und durchbohrt bei Placenta praevia zu diesem Zwecke die Placenta. Es begegnete ihm hierbei, dass er durch Zerreissung grösserer Gefässe ein Kind verlor, während ich in mehreren Fällen von Placenta praevia centralis durch alleinige Scheidentamponade und daran angeschlossene Wendung und Extraction durch die Placenta hindurch lebende Kinder erzielte. Für die Placenta praevia centralis möchte ich daher die Ballondilatation nicht empfehlen, obgleich auch ich einmal guten Erfolg damit hatte. Dührssen selbst schränkt seine Cervixincisionen auf Grund seiner Erfahrungen, auch nur mit dem elastischen Ballon, ein und wird dies voraussichtlich bei Benutzung fester Modelle noch mehr thun. Den Zug übt er durch Befestigung des Ballons am Bettrande aus.

Seit der Dührssen'schen Anregung sind die Versuche mit Ballondilatation der Cervix häufiger geworden. Dührssen selbst empfiehlt dieselbe nochmals 1894 für Placenta praevia (Deutsche med. W. 1894, No. 19), Buschbeck berichtet, dass sogar das Verfahren nach Tarnier-Barnes — also kleine Ballons — bessere Resultate ergeben habe, als das Bougieren des Uterus zur Einleitung der Frühgeburt. Im Centralblatt für Gynäkologie 1894, No. 4 bekämpft Pfannenstiel auf Grund mit den unserigen übereinstimmender schlechter Erfahrungen mit der Pelzer'schen Methode, die Glycerininjektionen und erwähnt dabei (p. 84), dass in einem Falle, nachdem die Glycerininjektion versagt hatte, die Geburt durch „Colpeuryse der Cervix [2]) unter Anwendung des Gewichtszuges" eingeleitet und schnell beendigt wurde. Dies ist, ohne Angabe der Grösse des Gewichtes, die einzige Notiz über Anwendung von Gewichtszug, welche ich aufgefunden habe.

Wohl im Anschluss an das Material der Arbeit von Buschbeck veröffentlichte Rosenthal (Archiv f. Gyn. XIV, H. 1) das neuere Material des Dresdener Klinik. Zur Benutzung kam der

---

[1]) Buschbeck 1893. Arbeiten aus der Frauenklinik in Dresden. Verlag von S. Hirzel.

[2]) „Colpeuryse des Cervix" sollte doch als widersinnig stets durch „Ballondilatation" ersetzt werden.

Braun'sche Colpeurynter in 108 Fällen von engem Becken zum Schutze und zum Ersatze der Fruchtblase. Zur Anregung von Wehen eignet sich die Colpeuryse nach Rosenthal weniger, als zur Verstärkung schwacher Wehen. Intrauterine Einlegung und Dilatation der Cervix wurde nicht vorgenommen. Die Erfolge waren sehr befriedigende und wurde der Zweck, günstige Bedingungen für Wendung oder Zange zu erzielen, oder auch eine Operation unnötig zu machen, fast stets erreicht.

Aus der Marburger Klinik wurde von Wolfinger[1]) das Resultat von 60 künstlichen Frühgeburten veröffentlicht, welche indessen nur mit dem kleinen Ballon, intrauterin angewandt, eingeleitet wurden und ebenfalls befriedigenden Verlauf nahmen. Schon im Jahre 1892 hatte Fehling[2]) diese Methode zum ersten Male empfohlen. Die neue Arbeit von Sarwey[3]) aus der Tübinger Klinik bringt zahlreiche Versuche mit der Scheidendouche, deren Umständlichkeit und Unsicherheit besonders in Bezug auf die Dauer des Verfahrens wieder bewiesen wird. Bei der Aufzählung der Methoden erwähnt er, dass der Barnes'sche Ballon von Fehling unwesentlich vergrössert worden sei, also dem Braun-schen ähnlich sein dürfte.

Auf dem internationalen medizinischen Kongress zu Berlin 1890 hat Kocks, Bonn, einen kegelförmigen Ballon demonstriert, welcher so gross ist, dass er auch die Vagina ausdehnt und so die Wirkung des Ballons von Barnes und von Braun vereinigt. Da dieser Ballon, der offenbar in der Form dem Champetier'schen ähnelt, elastisch ist, so ist er demselben offenbar nicht ebenbürtig, denn die Form allein hat bei elastischem Ballon, welcher bei starker Auftreibung doch fast kugelig wird, wenig Einfluss. Wenn Sarwey von dem Champetier'schen Ballon mit einer Kegelgrundfläche von 10 cm Durchmesser als einem „kleinen" spricht, dürfte er ihn kaum von Ansehen kennen. Bei starker Verengerung des Beckens ist er, wie schon erwähnt, nicht im Stande, dasselbe, ohne dass Flüssigkeit abgelassen wird, zu passieren. Andernfalls muss er bei Anwendung starken Zuges platzen. Auch dieser Fehler wird für die Frau keine nachteiligen Folgen haben, da der Ballon an dem Beckeneingange und nicht im Uterus seinen Widerstand findet. Wohl aber könnte sich der Uterus ganz über den oberhalb des Beckeneinganges liegenden Ballon zurückziehen und bei ungenügender Achtsamkeit eine Abreissung der Scheide erfolgen.

Die von Sarwey beifällig zitierte Aeusserung Kleinwächter's über die Ballondilatation als einer geburtshilflichen Spielerei dürfte wohl kaum allgemein gebilligt werden.

Naturgemäss am reichsten sind die Erfahrungen der Franzosen, besonders der Tarnier'schen Klinik, über den Ballon von Champetier. Dieser selbst beschrieb seinen Ballon zuerst in

---

[1]) Wolfinger, Inanguinal-Dissertation Marburg 1895.

[2]) Fehling, die künstliche Frühgeburt in der Praxis. Berliner klin. Wochenschr. 92 p., 601.

[3]) Sarwey, die künstliche Frühgeburt bei Beckenenge, 1896, Hirschwald, Berlin,

den Annales de Gynécologie 1888, p. 401. Er wurde auf den Gedanken der Anwendung eines „grossen, konischen, nicht ausdehnbaren" Ballons gebracht durch die unbefriedigenden Resultate, welche die übrigen Methoden zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt einschl. des Tarnier'schen Ballons ergeben hatten. Er suchte nach einer Methode, „welche sicher und schnell Wehen erregen und alle Weichteile des Genitalcanales, also auch Vagina und Vulva, schonend erweitern könnte.

Ich kann ihm nur beistimmen, wenn er äussert (p. 403): „Ich glaube das Recht zu haben, zu sagen, dass, wenn der Dilatationsballon die Vulva passiert hat, der Weg frei ist und dass von den Weichteilen der Mutter dem Durchtritte des Foetus keine Hindernisse mehr bereitet werden."

In eingehender, mit mehreren instruktiven Abbildungen versehener Arbeit, welche die Einlegung und die Lage des Ballons im Uterus trefflich erläutern, beschreibt er genau die Applikation, Indikation und den Verlauf zahlreicher Fälle, von denen einer von Pinard ausgeführt, alle gleichzeitig von Varnier und Lefèvre beobachtet und kontrolliert wurden. Auch Champetier versuchte zuerst einen grossen elastischen Ballon nach Gariel, welcher ihm, ebenso wie Dührssen und mir, trotz seiner Grösse den Muttermund nicht völlig erweiterte, so dass er dadurch in seinen Bestrebungen, einen unelastischen Ballon herzustellen, bestärkt wurde. Er füllt den Ballon nicht so prall, dass er die Konsistenz eines Kindskopfes hat, wie dies möglich ist, sondern hält eine nicht ganz pralle Füllung für besser. Ist der Beckeneingang oder ein anderer Teil des Beckens zu eng, um den Ballon passieren zu lassen, so kann man vorsichtig entsprechend viel Flüssigkeit ablassen und nach Ueberwindung der engen Stelle wieder nachfüllen. Champetier legt dagegen mit Recht Wert darauf, dass der Ballon voll ausgedehnt den Muttermund sowie die Scheide (Vulva) passierte. Ist die Conjugata vera unter 9 cm, so wird der Ballon, prall gefüllt, dieselbe nicht passieren können und muss erschlafft werden.

Champetier selbst hat, um die reine Ballonwirkung zu studieren, einen Zug nicht ausgeübt, hält denselben aber für ungefährlich und empfehlenswert, auch auf Grund des von Pinard mit leichtem Zuge sehr schnell beendeten Falles. Champetier steht wie auch ich auf dem Standpunkte, der Austreibung des Ballons die künstliche Vollendung der Geburt sofort anzuschliessen, in allen Fällen, in denen der spontane Verlauf schwierig sein würde, also besonders bei Beckenenge und Placenta prävia.

Champetier erklärt selbst seinen Ballon für einen Sohn des Tarnier'schen Ballons. Die Veränderungen, welche ich an demselben vorgeschlagen habe, beziehen sich nicht auf das Prinzip, sondern sie sollen nur die Manipulation des Füllens erleichtern und den Ballon der Zugwirkung nach Mäurer gewachsen machen.

Im Jahrgange 1891 desselben Journals p. 401 veröffentlicht Oui seine Resultate mit dem Champetier'schen Ballon, dessen Anwendung er bei erhaltener Portio und daher nicht genügend erweitertem Muttermunde die Einlegung des kleinen Tarnier'schen

Ballons vorausschickt. Dieselbe Ansicht vertritt er nochmals auf Grund weiteren Materials im folgenden Jahrgange 1892 derselben Zeitschrift und ebenso Tarnier selbst auf dem französischen Chirurgenkongress. Oui's Resultate, wie auch die weiteren der Tarnier'schen Klinik, welche 1891 von Perret veröffentlicht wurden, lauten übereinstimmend günstig.

Inzwischen wurden von Boissard, Mousson neue Modelle angegeben. Ueber den Ballon des Ersteren habe ich keine genauen Angaben erhalten können. Für den Ballon von Mousson, welcher sein Modell zunächst in den „Annales de la société obstétricale de France" 1893 publicierte, tritt 1895 (Thèse de Bordeaux) sein Schüler Mercier ein.

Wenn dieser aus den gemachten Beobachtungen den Schluss zieht, dass der Ballon sich bewährt habe, so ist dies dem objectiven Beurteiler nur dadurch erklärlich, dass er als Schüler Mousson's, dessen Material in dem gewünschten günstigen Sinne beurteilen musste. Wenn in den meisten Fällen nach Ausstossung des Ballons der Muttermund nur Fünffrankstückgrösse hat und nur ausnahmsweise die Geburt durch Andauern kräftiger Wehen bald nach der Ausstossung des Ballons erfolgt, so leistet er nicht mehr als der Braun'sche Colpeurynter, diesem steht er aber nach durch seine Kugelform, welche ihm nur einen Druck von oben nach unten, nicht aber, wie bei Birnenform auch von innen nach aussen, auf die Cervix ausüben lässt. Den Missstand des Ballon von Champetier, dass eventuell eine vorbereitende Dilatation nötig ist, schliesst dieser Ballon zwar aus, hat aber selbst wiederholt die nachträgliche Anwendung des Ballons von Champetier noch erfordert, also sowohl die Mängel des Ballons von Tarnier, als die des Ballons von Champetier, nicht aber deren Vorteile vereinigt; er ist nur ein Vorbereitungsinstrument für den Ballon von Champetier und sicher kein so gutes als der Tarnier'sche Ballon.

Von weiterer ausländischer Litteratur habe ich nur noch eine Veröffentlichung von Ballantyne, Edinb. med. Journ., B. XI. p. 46 aufgefunden, welcher in einem Falle mit Erfolg den Champetier'schen Ballon anwandte.

Mögen diese Zeilen dazu beitragen durch Vereinfachung des Verfahrens dem Ballon von Champetier, mit oder ohne Anwendung von Zug nach Mäurer, neue Freunde zu gewinnen und dazu beitragen die Cervixincisionen auf die Fälle zu beschränken, in denen der Kopf so tief im Becken steht, dass ein Einlegen des Ballons weder in den Uterus noch in die Scheide möglich ist.

Die Ballons sind zu haben bei der Instrumenten-Handlung von Stiefenhofer, München, Karlsplatz 5 und kostet der einzelne Ballon aus Patentgummi 5 M., aus Maschinengummi 6 M. 50 Pf., letzteres mit Füllballon und geschützter Messingverbindung mit abnehmbaren Hahn 15 M.

IV. Ueberdie Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen

Von

Dr. phil. et med. W. BOTTERMUND

(Specialarzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in Dresden.)

Dass zwischen dem Geschlechtsapparat und den Organen der oberen Luftwege innige Beziehungen bestehen, ist eine zwar nicht in allen Punkten hinreichend aufgeklärte, aber doch wohlbekannte Thatsache. Am männlichen Geschlechte wird dieselbe besonders auffällig durch den mit der Pubertät zusammenfallenden Process des Stimmwechsels sowie durch den Einfluss, welchen die Castration auf das Stimmorgan ausübt. Doch auch im weiblichen Organismus finden sich bestimmte Vorgänge und Zustände in der somatischen und psychischen Geschlechtssphäre oft kombiniert mit deutlich wahrnehmbaren Begleit- und Folgeerscheinungen in den Organen der oberen Luftwege. Es haben diese Beziehungen zwischen weit auseinander gelegenen Organen nicht nur physiologisches Interesse, sondern sie sind, namentlich in der Thätigkeit der Gynaekologen und Laryngologen oft von praktischer Bedeutung.

Was zunächst den Einfluss der Menstruation auf die Organe der oberen Luftwege anbelangt, so ist in neuerer Zeit die Anschauung allgemein geworden, dass die Bedeutung der Menstruation weit über die eines localen Phänomens hinsausgeht, und dass das letztere vielmehr nur ein äusseres Zeichen einer bestimmten Phase darstellt einer in Monatscyclen verlaufenden Wellenbewegung im weiblichen Organismus. (Vergl. Reinl, Die Wellenbewegung der Lebensprocesse des Weibes, Volkmanns Samml. No. 243. — Goadman, The cyclical theory of menstr., Amer. Journ. of Obstet. 1878. — Ott, Des lois de la périodicité de la fonction physiologique dans l'organisme féminin, Nouv. Arch. obstét. 1890.—). Für die gesamten physischen und psychischen Lebenserscheinungen des Weibes ist diese Thatsache von grösster Bedeutung; dieselbe darf bei der Beurteilung krankhafter Vorgänge im weiblichen Organismus nicht unberücksichtigt bleiben, auch nicht solcher vorwiegend lokaler Natur wie Kehlkopf- und Nasenleiden. Auf dem genannten speciellen Gebiet lassen sich nun periodische Congestionszustände mit Schleimhautschwellung und Secretionssteigerung wenige Tage vor dem Eintritt und im Beginn der Menstruation beobachten. Es sind diese Erscheinungen offenbar vasomotorischen Ursprungs und hängen mit der Herzthätigkeit und der Spannung des Gefässtonus während des monatlichen Cyclus zusammen. Die nach dieser Richtung hin vielfach angestellten sphygmographischen Untersuchungen haben ergeben, dass die Füllung und Spannung des Arteriensystems beim Weibe einer rythmischen Wellenbewegung unterworfen ist, die mit einem Minimum 1—4 Tage nach dem Aufhören der Menstruation beginnt, und deren Maximum entweder 7—8 Tage vor der Menstruation oder auf einen späteren Tag vor derselben oder selbst auf

den ersten Tag derselben fällt. (Dr. M. Putnam Jacoby, The question of rest for woman during menstruation, New York 1877 p. 148 ff.). Durch diese Wellenbewegung wird periodisch ein Einfluss ausgeübt auf verschiedene Organe, z. B. auf die Schilddrüse die Parotis etc., namentlich aber auch auf die Schleimhautgebilde der oberen Luftwege. Wie nun die Menstruationsvorgänge überhaupt, wiewohl die Menstruation ein normaler physiologischer Vorgang ist, doch oft ganz den Anschein eines pathologischen Processes haben, so veranlassen auch die genannten Congestionszustände in den oberen Luftwegen oft Störungen pathologischen Charakters.

Die Schwellung der Nasenschleimhaut vor der Menstruation findet oft in dem Masse statt, dass die Patientinnen zum Arzt kommen mit der Klage, sie hätten ein Nasenleiden, das ihnen die Nasenathmung unmöglich mache und Kopfschmerzen bereite. Diesen geklagten Beschwerden liegen nun oft thatsächlich organische Hyperplasien zu Grunde, deren die Nasenathmung beeinträchtigende Wirkung durch den congestiven Einfluss der Menstruationswelle vorübergehend gesteigert ist. Oft aber wird durch die periodische Ueberfüllung der Schwellkörper eine Hyperplasie nur vorgetäuscht. Man kann dann durch Vibrationsmassage, am besten mittels eines elektromotorischen Apparates, diese Schwellungen schnell zum Verschwinden bringen. Diese Kenntnis ist notwendig, um nicht dem leider oft begangenen Fehler kritikloser Muschelendenresection und unangebrachter galvanokaustischer Eingriffe zu verfallen. Ich erachte es daher als unerlässlich, bei der Beurteilung hyperplastischer Zustände der weiblichen Nase den etwa vorhandenen Einfluss der Menstruationswelle und anderer bestehender abnormer Zustände des Genitalapparates Rechnung zu tragen und in zweifelhaften Fällen jedenfalls nicht eher zu operieren, als über letzteren Punkt Klarheit geschaffen ist.

Dass durch die Menstruation eine vorübergehende Disposition zu „Erkältung" der oberen Luftwege bedingt wird, ist nach den Vorstellungen, welche wir uns von dem Wesen der Erkältung zu machen gewöhnt sind, nicht verwunderlich, da bei einer durch Congestion geschwellten Schleimhaut der Gefässtonus vermindert ist. Thatsächlich fallen auch die an Frauen und Mädchen zu beobachtenden acuten Entzündungen der oberen Luftwege auffällig oft in die Zeit der Menstruation.

Funktionsstörungen des Stimmorganes während der Menstruation sind nur bei bestimmten Berufsarten, bei Lehrerinnen, bei Schauspielerinnen, besonders bei Sängerinnen von Bedeutung. Die durch die Menstruation bedingten Stimmstörungen bestehen in leicht eintretender Ermüdung beim Singen und anhaltenden Sprechen und in der Neigung zum Detonieren beim Gesang, dabei ist die Klangfülle gemindert und der Umfang der Bruststimme nach oben verkürzt. Die Ursache dieser Störungen sind Congestionszustände im Bereich des gesamten Stimmorganes, auch des Ansatzrohres, namentlich aber des Kehlkopfes selbst, in welchem die Schwellung der drüsen- und gefässreichen hinteren Wand die leichte Schlussfähigkeit der Glottis behindert und beim Singen und Sprechen eine schnellere

Ermüdung der Stimmritzenverengerer, namentlich des Transversus, verursacht. Zur Behandlung dieser Funktionsstörungen, soweit eine solche in besonderen Fällen erforderlich war, habe ich rein mechanische Massnahmen, z. B. Percussionsmassage des Kehlkopfes sowie Auswaschungen des letzteren mit leicht adstringierenden Lösungen am geeignetsten gefunden.

Chronisch entzündliche und ulcerative Processe in den oberen Luftwegen erfahren eine starke Beeinflussung durch die Congestionszustände während der Menstruation. Das hat namentlich bei den tuberculösen entzündlichen Tumoren im Kehlkopf oft praktische Bedeutung, da die durch die Menstruation bedingte Schleimhautschwellung und Hyperaemie die Schlingbeschwerden vermehrt und oft alarmierende laryngostenotische Erscheinungen herbeiführt, deren vorübergehende Natur man kennen muss, um nicht unnötig die Tracheotomie in Anwendung zu bringen.

Ueber die an Stelle oder im Zusammenhang mit der Menstruation eintretenden periodischen Blutungen aus den oberen Luftwegen ist in den verschiedenen Zeitschriften zerstreut ein ansehnliches casuistisches Material veröffentlicht worden. Zusammengestellt findet sich dasselbe in einer Dissertation von G. Endriss (Die bisherigen Beobachtungen von physiologischen und pathologischen Beziehungen der oberen Luftwege zu den weiblichen Sexualorganen. Würzburg 1892). Weitere Fälle sind mitgeteilt von E. Baumgarten, Dtsch. Med. Wochenschr. XVIII. 9. 1892, und von Seeligmann, Voigt und Windmüller im Centralblatt für Gyn. 1894 p. 642. Diese sogenannten vicariierenden Blutungen können, wie die Casuistik lehrt, gleichzeitig mit normaler oder verringerter uteriner Blutung erfolgen, oder sie können auch erst der letzteren folgen. Dass die Blutung aus einer völlig normalen Schleimhaut capillär per rhexin lediglich in Folge des gesteigerten Blutdruckes stattfinden kann, scheint mir in keinem der mitgeteilten Fälle erwiesen zu sein; dagegen finden sich in den meisten Krankengeschichten Anhaltspunkte für die Annahme, dass als wesentliches Moment für das Zustandekommen der vicariierenden Blutungen eine irgendwie verminderte Festigkeit der Wände der betreffenden Schleimhautgefässe angesehen werden muss, welche bei periodisch gesteigertem Blutdruck die Blutung per rhexin zulässt. Als circumscripte Veränderungen der Schleimhaut kommen hier kleine Erosionen in Betracht, die auf ein oberflächlich liegendes Gefässchen führen, Varicen solcher Gefässchen, Xanthose und gefässliche Granulationen am Rande von kleinen Geschwürsflächen. Eine genauere rhino- oder laryngoscopische Untersuchung würde zweifellos in den meisten Fällen eine lokale Ursache der Blutung aufdecken. Lennox Brown fand, dass fast alle Fälle, in denen er Blutungen im Kehlkopf während der Menstruation sah, syphilitische oder tuberculöse Individuen betrafen. Ferner ist bei vielen Constitutionskrankheiten, welche eine hämorhagische Diathese bedingen, wenn auch das Wesen der hierbei stattfindenden Gefässveränderung nicht bekannt ist, die Nasenschleimhaut erfahrungsmässig eine Praedilektionsstelle, an welcher die haemorhagische Diathese sich am deutlichsten mani-

festiert und besonders auch während der Menstruation zu Tage tritt.

In einem von mir selbst beobachteten Falle litt eine 21jährige Fabrikarbeiterin ein halbes Jahr lang an heftigem Nasenbluten unmittelbar vor dem Eintritt der sonst normal verlaufenden Menstruation; gleichzeitig wurden zahlreiche Petechien in der Haut sichtbar. Eine lokale Ursache für die Blutung aus der Nase war nicht aufzufinden; dieselbe erfolgte anscheinend capillär aus dem Schwellkörper der linken unteren Muschel. Die weitere Untersuchung der Patientin ergab den Befund eines chronischen Gelenkrheumatismus mit leichter Mitralisinsufficienz. Eine intensivere antirheumatische Kur mittels salicylsauren Natriums bei gleichzeitiger Verabreichung von Digitalis besserte das Grundleiden und verhinderte die Wiederkehr der nasalen Blutungen und der Petechien zur Zeit der Menstruation.

Die Bedeutung abnormer Zustände des Sexualapparates für das Zustandekommen der vicariierenden Blutungen, als welche Atresie des Uterus, vorzeitige Menopause spontan oder infolge von Castration genannt werden, lässt sich nach dem vorliegenden Material noch nicht abschätzen. Dass vicariierende Menstrualblutungen, wie einzelne Autoren berichten, sich nur dann finden, wenn die Ovarien vollständig oder nahezu vollständig entwickelt sind, steht in Widerspruch zu der Quain'schen Beobachtung vicariiender Blutungen bei Defekt der Ovarien. (Kussmaul, Ueber den Mangel des Uterus etc., pag. 61) und zu Störck's Beobachtungen, der periodische Blutungen nach Art der vicariierenden Blutungen auch bei jungen nicht geschlechtsreifen Kindern gesehen haben will. (Störck, Die Erkrankungen der Nase etc., Wien 1895). Hinsichtlich des Uterus zeigt die Casuistik, dass bei vicariierenden Menstrualblutungen derselbe normal sein und auch gänzlich fehlen kann. Der Einfluss psychischer Zustände auf Menstruationsvorgänge und speciell auf vicariierende Blutungen mittels Autosuggestion und Fremdsuggestion entzieht sich bislang noch der Beurteilung, wenngleich die moderne Lehre der Hysterie das Eintreten physiologischer Blutungen lediglich infolge von Suggestion als möglich erscheinen lässt.

Während die Menstruation eine vorübergehende periodische Hyperaemie der Schleimhaut der oberen Luftwege verursacht, ist die analoge Wirkung der Schwangerschaft gesteigert durch die venöse Stauung infolge des mit der fortschreitenden Schwangerschaft erhöhten intraabdominalen Druckes. In ähnlicher Weise wie die Menstruation wirkt die Schwangerschaft exacerbirend auf alle entzündlichen und ulcerativen Processe in den oberen Luftwegen und vermehrt die Beschwerden hyperplastischer Zustände daselbst; endlich disponiert sie zu oft schwer stillbaren Blutungen. Welche Bedeutung nach dieser Richtung hin der hydraemischen Beschaffenheit des Blutes zukommt, ist nicht nachzuweisen. Zur Casuistik der Beziehungen der Schwangerschaft zu den oberen Luftwegen — welche sich in P. Müller's „Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunktionen" pag. 52 ff. zusammengestellt findet — dürfte ein von mir beobachteter Fall von Larynxoedem einen nicht uninteressanten Beitrag liefern.

Eine im 7. Monat schwangere 34jährige Arbeiterin consultierte mich wegen Athemnot. Als Ursache zeigte sich ein Oedem des Kehldeckels und der aryepiglottischen Falten; die Epiglottis war dabei stark retroflektiert und eingerollt, sodass die Uebersicht des Kehlkopfinneren schwierig war. Oefters wiederholte

Scarifikationen brachten der Patientin Erleichterung; doch trat die Heilung, und zwar spontan erst unmittelbar nach dem Puerperium ein. Bei leichterer Uebersicht des Kehlkopfinneren nach Abheilung des Oedems und bei Anwendung eines Kehldeckelhebers zeigte sich nun als lokale Ursache des abgelaufenen Oedems narbige Veränderung an der hinteren Fläche der Epiglottis und an den aryepiglottischen Falten; gleichzeitig vorhandene glatte Atrophie der hinteren Zungenoberfläche liess die narbige Schrumpfung im Kehlkopf als postsyphilitisches Residuum erkennen, obgleich sonstige Anzeichen für Lues ausser unklaren anamnestischen Angaben nicht aufzufinden waren. Das Oedem während der Schwangerschaft war offenbar durch den infolge der narbigen Veränderung erschwerten venösen Abfluss entstanden; die Schwangerschaftshyperaemie dagegen hatte für das Zustandekommen des Oedems nur occasionelle Bedeutung.

Die bislang erörterten abnormen Erscheinungen in den oberen Luftwegen infolge von Menstruation und Schwangerschaft sind als Wirkungen der Hyperaemie anatomisch verständlich; weniger klar sind die als „Fernwirkungen" beschriebenen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, welche man sich durch physiologische oder pathologische Erregungszustände in den Genitalien „reflektorisch" ausgelöst vorstellt. In der Nase sind Geruchsstörungen, im Rachen und im Kehlkopf Paraesthesien und Paresen sowie auch spasmodische Zustände, besonders oft aber „nervöser" Husten, als vom Genitalapparat ausgehend beobachtet und beschrieben worden. Der Leyden'sche Erklärungsversuch der sogenannten Reflexlähmungen, dass von dem primär erkrankten Organe aus eine Neuritis entstehen soll, welche sich sogar in's Rückenmark hinein fortpflanzen könne, kann für die Deutung des Zusammenhanges der obengenannten Erscheinungen kaum herangezogen werden. Dass aber die Reflexempfindungen und reflektorischen Störungen der Motilität in den oberen Luftwegen durch den Sympathicus vermittelt werden, ist die übereinstimmende Ansicht der meisten Autoren. Wie indess der Reiz auf die psychomotorischen Centren oder gar auf die sensiblen centripetalen Fasern in der Schleimhaut übertragen werden, ist nicht bekannt. Von grösster Wichtigkeit scheint mir für die Beurteilung des ätiologischen Zusammenhanges die Thatsache zu sein, dass in den meisten Fällen der beschriebenen Störungen durch Fernwirkung vom Genitalapparat aus ausdrücklich Hysterie als complicierendes Allgemeinleiden konstatiert wird. Die Bedeutung der Hysterie für das Zustandekommen der sogenannten reflektorischen Neurosen bedarf noch weiterer Aufklärung. Nach der neueren von Charcot und seiner Schule begründeten Lehre der Hysterie, dass nämlich letztere vorwiegend eine Geisteskrankheit ist, die zur grossen Gruppe der Krankheiten durch Entartung gehört, können wir den physiologischen oder krankhaften Erregungszuständen der Genitalien nur die Bedeutung einer Gelegenheitsursache beimessen, welche die von Haus aus gegebene hysterisch minderwertige Psyche aus dem Gleichgewicht zu bringen geeignet ist. Warum sich nun die hysterischen Erscheinungen bei gewissen Individuen gerade in den oberen Luftwegen zeigen in Form der genannten „Reflexneurosen" ist kaum zu entscheiden, dürfte aber aus der das Wesen der Hysterie ausmachenden hohen Suggestibilität zu erklären sein; bestehende oder kurz vorher abgelaufene Schleimhauterkrankungen werden dabei eine grosse Rolle spielen.

Am häufigsten findet sich „nervöser Husten“ als eine vom weiblichen Genitalapparat ausgehende Reflexneurose beschrieben, so der nervöse Husten während des Pubertätsalters, den Schrötter als „chorea laryngis“ bezeichnet hat, ein Analogon bildet der während des Klimakteriums öfters zu beobachtende nervöse Husten. 16 Fälle von „Tussis uterina“ hat Profanter in einer Monographie (Wien 1894 bei Josef Safař) zusammengestellt, darunter 2 selbst beobachtete. Hegar berichtet einen Fall, in dem der Husten jedesmal aufhörte, sobald er ein Intrauterinpessar in den retroflektierten Uterus einlegte, und ebenso gewiss wiederkam, wenn er es wieder heraus nahm. Einen ganz gleichen Fall berichtet Martineau. Moritz Schmidt beobachtete den Fall eines achtjährigen Mädchens, welches $1^1/_2$ Jahr lang einen stundenlang dauernden Husten bekam, sobald sie sich beim Zubettgehen umlegte, der weitere Verlauf soll Pyosalpinx als Ursache aufgeklärt haben. Derselbe Autor macht auch darauf aufmerksam, dass man den nervösen von dem weiblichen Sexualapparat ausgehenden Husten durch Druck auf die Ovarialgegend sowohl auslösen als auch einen vorhandenen zeitweise unterbrechen kann. Als reflektorische Fernwirkungen von den weiblichen Genitalien auf die oberen Luftwege sind ferner beschrieben: „Suffocatio uterina“ bei Papillarwucherung des Scheidenteiles des Uterus. (Bayer), Aphonie bei anteflektiertem Uterus (Landry), bei Anteversio und Senkung des Uterus (Martineau), Glottiskrampf bei rechtsseitiger Oophoritis (Moure), Aphonia intermittens und doppelseitige Parese der Glottisschliesser bei Metritis chronica (Tobold), Aphonia spastica hysterica bei Oophoritis (Jonquière), Muskelparesen im Kehlkopf während des Klimakteriums (Baumgarten). In der Mundhöhle sind beobachtet: Neuralgien im 2. Ast des Trigeminus bei Molimina menstruationis (Krieger), Salivation vor oder anstatt der Menstruation (Siebold, Churchill, Krieger), während der Schwangerschaft (Richardson, Cramer u. A.), infolge geschlechtlicher Erregung (Eichhorst, Peyer, Mackenzie), bei Amenorhoe und chronischer Metritis (Tamburini), bei Nymphomanie (Stark) und bei chronischer Vaginitis und Endometritis (Peyer). Nasenbluten auf reflektorischem Wege durch Onanie entstanden beschreibt Lemarchand de Trigon; ferner sind beobachtet Anosmie nach Castration (Gottschalk), Niesskrämpfe bei chronischer Metritis und nervöser Schnupfen und Salivation bei Cervicalcatarrh und Fluor (A. Peyer). Alle Fälle sollen durch Behandlung des betreffenden Sexualleidens geheilt worden sein. E. H. Grandin (Journal of Gyn. Vol. VIII p. 1018) will sogar durch Zerreissung einer Schleimhautfalte zwischen Clitoris und Praeputium clitoridis hysterische Aphonie geheilt haben. Es liegt eben im Wesen der Hysterie, dass ein einzelnes Symptom derselben oft durch die paradoxesten Eingriffe beseitigt wird, sofern sie hinreichend suggestiv zu wirken im Stande sind. Der Schnupfen während der Menstruation ist stets mit hyperaemischer Schwellung der Nasenschleimhaut verbunden, so dass er wohl als ein Folgezustand des gesteigerten Blutdruckes aufgefasst werden kann, wahr-

scheinlich besteht derselbe Causalnexus auch zwischen Nasenbluten und Onanie und hinsichtlich der Salivation bei Menstruation und infolge geschlechtlicher Erregung. Auch bezüglich der abnormen Funktion der Geruchsnerven bei geschlechtlicher Erregung scheint die Ansicht von John Mackenzie bemerkenswert, dass Reizungs- und Congestionszustände des erektilen Nasengewebes entweder voraufgehen oder direkt den Geruchseindruck hervorrufen, welcher das Bindeglied zwischen dem Geruchssinn und der Erregung des Geschlechtsapparates bildet. Die während des Klimakteriums häufig zu beobachtenden Sensibilitätsstörungen im Rachen und im Kehlkopf, welche Baumgarten (Deutsche Med. W. XVIII. 8. 1892) und später Felix Semon (Britisch Med. Journ. 1895) beschreiben, sind in vielen Fällen lediglich auf einen bestehenden trockenen Rachenkatarrh zurückzuführen, dessen häufiges Vorkommen während des Klimakteriums Baumgarten übrigens selbst hervorhebt. Der Zusammenhang des Rachenkatarrhs mit dem Klimakterium ist so aufzufassen, dass der an und für sich so weit verbreitete trockene Rachenkartarrh bei vielen Personen erst während des Klimakteriums, also zu einer Zeit, in welcher die Empfindlichkeit der Nerven erfahrungsmässig gesteigert ist, subjektive Beschwerden durch Paraesthesie und Hyperaesthesie verursacht. Ganz geringfügige und daher leicht zu übersehende pathologische Veränderungen in der Rachenschleimhaut können zu dieser Zeit empfindliche Störungen verursachen. Felix Semon empfiehlt gegen die Beschwerden lokal Mentholsyrup und, sofern es sich um Fettleibige handelt, Entfettungskuren. Ich habe Paraesthesien während des Klimakteriums mit Erfolg beseitigt durch Behandlung des in allen Fällen nachweisbaren Rachenkatarrhs, daneben auch warme Bäder und leichte Purgantien in Anwendung gebracht.

Dass solche Frauenleiden, welche durch fortgesetzte Blutverluste Anaemie zur Folge haben (zurückgebliebene Eiteile nach Abortus, Myome, Endometritis etc.) die auch an sonstigen Anämischen zu beobachtenden Paresen und Paraesthesien im Kehlkopf bewirken können, wird jeder Laryngologe durch zahlreiche Beispiele aus seiner Praxis bestätigen können. Interessant erschien mir dabei in meinen Fällen, dass die Patientinnen in der Meinung, sie seien halskrank und schwindsüchtig, zum Arzte kamen, während sie die eigentliche primäre Ursache ihres Leidens verkannten oder gering schätzten. Es besteht in solchen Fällen ein mehr oder minder ausgesprochener paretischer Zustand der Stimmritzenverengerer, welcher heisere Sprache und leicht eintretende Ermüdung beim Sprechen bedingt. Dieser Umstand im Verein mit den Paraesthesien und dem allgemeinen Mattigkeitsgefühl bereitet den Patientinnen Angst und legt ihnen den Gedanken nahe, sie litten an Kehlkopfschwindsucht. Nach geeigneter gynäkologischer Behandlung solcher Frauen schwanden meist die objektiven und subjektiven Erscheinungen im Kehlkopfe, zumal wenn gleichzeitig die Tonisierung der Kehlkopfmuskeln durch angepasste Elektrisation, Massage und Heilgymnastik der Stimme angestrebt wurde.

Gegenüber den bisher erörterten Beziehungen des weiblichen

Geschlechtsapparates zu den oberen Luftwegen haben die Beziehungen der weiblichen Geschlechtssphäre zur Stimme ein besonderes Interesse. Die oben erwähnten zumeist auf hysterischer Basis im Zusammenhang mit Störungen des weiblichen Geschlechtsapparates entstandenen Stimmstörungen, Aphonie und Heiserkeit, sind paretischer Natur. Anderer Art ist die Veränderung der weiblichen Stimme, welche durch ein Tieferwerden der Stimmlage, also durch eine Annäherung an den männlichen Stimmtypus verursacht wird, denn diese Stimmveränderung wird bedingt durch Vergrösserung des Lumens sowohl des Kehlkopfes als des Ansatzrohres namentlich im hinteren und unteren Abschnitt des letzteren. Auch diese Erscheinung steht in Beziehung zur Geschlechtssphäre. Der Unterschied der Stimme zwischen den beiden Geschlechtern ist eins der auffallendsten sogenannten secundären Geschlechtsmerkmale, weil es das einzige ist, welches mit dem Gehörsinn wahrnehmbar ist. Dieser physiologische geschlechtliche Stimmunterschied erscheint nun oft dann gleichsam verwischt und aufgehoben, wenn die Funktion der Geschlechtsdrüse — also des einzigen hauptsächlichen primären Geschlechtsmerkmales — aufgehoben ist. Am männlichen Geschlecht wird das am deutlichsten durch die Erhaltung der knabenhaften hohen Stimmlage infolge der Castration, sofern letztere vor Eintritt der Pubertät erfolgt. Auch beim Weib ist nach der Castration eine analoge Stimmveränderung, ein Tieferwerden der Stimmlage und Annäherung an den männlichen Stimmcharakter beobachtet. (Vergl. Pott, Annal. für Frauenkr., 1837 Bd. I, Heft 2 p. 293; — neuerdings L. J. Moure, in Revue de Laryngol. et Rhinol. XV 1894). Die eigentliche Ursache dieser Stimmveränderung ist nicht aufgeklärt. Der physiologische Stimmunterschied wird als eines der vielen Mittel angesehen, durch welches die gegenseitige Anziehung der Geschlechter gesichert wird, nach Darwin beruht er auf erblicher Differenzierung. Man könnte demnach in der Verwischung eines secundären Geschlechtsmerkmales nach Aufhebung der Geschlechtsfunktion ein teleologisches Moment erblicken. Anatomisch-physiologisch hat man die Beeinflussung des Stimmcharakters durch die Castration als Entwickelungshemmung zu erklären versucht von der Beobachtung ausgehend, dass der Impuls zu energischerem Wachstum des gesamten Organismus und speziell auch des Kehlkopfes zur Zeit der Pubertät von der Geschlechtsdrüse aus erfolgt. Beim Weib kann indess eine Entwickelungshemmung in Bezug auf den Kehlkopf als Folge der Castration nicht wohl angenommen werden, da die beobachtete Annäherung an den männlichen Stimmtypus durch Vergrösserung des Kehlkopflumens, also gerade durch einen Wachstumshergang erfolgt. Denn dass die Vergrösserung des Lumens und des Ansatzrohres zumal beim jugendlichen Weib lediglich durch Gewebsschwund (Fett und Muskelsubstanz) zu Stande komme, ist kaum wahrscheinlich. Uebrigens erfolgt die Verwischung des Stimmunterschiedes infolge der senilen Verkümmerung der Geschlechtsdrüse, trotzdem es sich bei diesem Vorgang bei beiden Geschlechtern ja in Wirklichkeit hauptsächlich um Gewebsschwund handelt, merk-

würdiger Weise auch in der Art, dass die mittlere Stimmlage sich bei Greisen im Allgemeinen erhöht, während sie bei Greisinnen tiefer wird. Eine überzeugende Erklärung dieser Erscheinungen ist bis jetzt nicht erlangt worden; eine neuere Anschauung (v. Krafft-Ebing, Kurella), welche die secundären Geschlechtsunterschiede und deren individuelle Entwickelung mit einer ontologischen latenten Bisexualität in Zusammenhang bringt, ist bislang nur eine geistreiche Hypothese.

Ueber das Verhalten des weiblichen Kehlkopfes und der weiblichen Stimme bei Missbildung der Genitalien liegen zur Zeit keine Beobachtungen vor, umgekehrt ist bei Missbildung des weiblichen Kehlkopfes Absonderlichkeit im geschlechtlichen Verhalten beobachtet. Die originäre — nicht durch Castration bedingte — Hyperplasie des weiblichen Kehlkopfes bei normalen Geschlechtsorganen darf wohl als Missbildung aufgefasst werden und ist wahrscheinlich ein Degenerationszeichen, da es sich auffällig oft mit psychischen Degenerationszeichen seitens der Geschlechtssphäre combiniert findet. Nachgewiesen ist das bezüglich der conträrsexualen Geschlechtsempfindung. Th. Flatau und A. Moll konnten bei der Untersuchung conträrsexualer Weiber feststellen, dass an den Frauen, wo auch die gewissenhaft aufgenommene Krankengeschichte mit voller Sicherheit eine originäre Entwickelung der pathologischen Sexualempfindung nachwies, Abweichungen am Larynx vorhanden waren: breite, grosse und grobe Schildknorpel, männliche Form der Epiglottis und stark entwickeltes Pomum Adami (Vergl. Th. Flatau, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten 1895 pag. 5). Ferner hat Massini in Genua (Arch. di Psichiatria B. XVI p. 145) ausgedehnte Untersuchungen an Prostituierten und an normalen Weibern vorgenommen und das merkwürdige Ergebnis bekommen, dass nur 12 pCt. der Prostituierten weiblichen Kehlkopftypus, dagegen 88 pCt. eine männliche Beschaffenheit des Kehlkopfes und der Stimme aufwiesen, während von den normalen Frauen nur 10 pCt. mit dem geräumigen männlichen Kehlkopf versehen waren. Früher schon hat Bassols Prim (Alteraciones de la voz en las prostitutas ref. im Centralblatt für Laryngol. 1886/7 No. 76 p. 52) auf die Veränderung der weiblichen Stimme bei Prostituierten hingewiesen. Die Erklärung dieser Erscheinung, die Endriss in seiner Dissertation giebt, dass nämlich bei Prostituierten häufig Genitalaffektionen bestehen und von hier aus auf reflektorischem Wege die Stimmänderung bewirkt wird, dürfte wohl nur für wenige Fälle zutreffen, da nach Massini's Beobachtungen meistens eben eine Vergrösserung des Kehlkopflumens die tiefere Stimmlage bedingt. Der innere Zusammenhang zwischen Hyperplasie des Kehlkopfes und Prostitution aber kann dadurch erklärt werden, dass eben auch die letztere oft als ein angeborenes psychisches Degenerationszeichen aufzufassen ist, als welches sie von den meisten Psychiatern für die Mehrzahl der Prostituierten angesehen wird.

Ueber Asphyxia neonatorum und deren Behandung.

Sammelbericht
(bis April 1896)

Von

Dr. LUDWIG KNAPP.
(Prag).

(Schluss.)

Litteratur-Uebersicht (II. Hälfte).

1. Schultze, zur Wiederbelebung tief scheintodt geborener Kinder durch Schwingen. Centralblatt f. Gynäkologie 1893, Nr. 15. (Wien. med. Blätter 1893 Nr. 17).
2. Körber, Schultze'sche Schwingungen — Tod des Kindes. Vortrag gehalten auf dem Livländischen Aerzte-Kongress. St. Petersburger med. Wochenschrift 1892, 51, 1893, 3.
3. Koffer, s. d. offizielle Protokoll in den Wiener med. Blättern 1893 Nr. 4.
4. Heydrich, eine seltene Verletzung des Kindes bei der Geburt. Centralblatt f. Gynäkologie 1890, Nr. 7.
5. Meyer, die Schultze'schen Schwingungen bei Verletzungen des Kindes. Centralblatt f. Gynäkologie 1890, Nr. 10.
6. Körber, St. Petersburger med. Wochenschrift 1892, Nr. 51.
7. Schultze, ist Fraktur des Schlüsselbeines Kontraindikation ein tief asphyktisches Kind zu schwingen? Centralblatt. f. Gyn. 1894. No. 8.
8. Keilmann, Schultze'sche Schwingungen bei gebrochenem Schlüsselbein. Centralblatt f. Gynäkologie 1895, Nr. 3.
9. Beuttner, Schultze'sche Schwingungen bei gebrochenem Schlüsselbein. Centralblatt f. Gynäkologie 1895, Nr. 22.
10. Winter, Viertelj. f. ger. Med. 1887, N. F. Bd. XLVI.
11. Runge, St. Petersburger med. Wochenschrift 1887, Nr. 20.
12. Dittrich, über Geburtsverletzungen der Neugeborenen und deren forensische Bedeutung; Versammlung d. 66. Vers. deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Wien, Sept. 1894. Sonderabdruck aus der Vierteljahrschr. f. ger. Medicin. 3. F. IX. 2, Fall 20.
13. Colombara, üb. d. angeborenen muskulösen Schiefhals. Inaug.-Diss. Bonn 1891.
14. Pinkus, die Geburtsverletzungen des Musc. Sterno - cleido - mastoideus (Hämatom und Myositis musc. sterno-cleido-mastoid. neonat.). Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. XXXI, 1894, p. 241.
15. Gebhard, ein Fall v. traumatischem Hämato-Thorax beim Neugeborenen. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. 1894. Bd. XXX. H. 2.
16. Schroeder, Lehrb. d. Gebh. 12. Aufl. S. 308.
17. Klein. forensisch wichtige Obduktionsbefunde Neugeborener. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. 1892, III, p. 20. (1889, Geb. Nr. 250 Obd. Nr. 9).
18. Schrader, Sitz. d. Gebh. Ges. z. Hamburg 4. Mai 1894 (ref. Centralblatt f. Gyn. 1896, Nr. 6,
19. Voigt, ibid.
20. Grapow, ibid.
21. Mansholt, zur geburtshülflichen und gerichtsärztlichen Bedeutung der Schultze'schen Schwingungen. Göttingen 1890.
22. Negri, Morte del neonato in causa di lesione rara. Annali di ostetricia Mailand Bd. XV. p. 337.
23. Neuhaus, ein Fall v. schwerer Asphyxie der Neugeborenen. Deutsche med. Wochenschrift 1894, Nr. 8.
24. Lazarewitsch, zur Behandlung der Asphyxia neonatorum. Centralblatt f. Gynäkologie 1895, Nr. 21.
25. Rosenthal z. Behandlung d. Asphyxia neonatorum. Therapeut. Monatshefte 1893. November.

26. Prochownick, z. Behandlung der Asphyxia neonatorum. Centralblatt f. Gyn. 1894. p. 225.
27. Tolmatschew, Modifikation d. Schultze'schen Schwingungen z. künstl. Athmung. Verh. d. X. internat. Kong. z. Berlin 1891 II Bd.
28. Labs, durch welche Methode der künstlichen Athmung werden in die Lungen asphyktischer Neugeborener die grössten Luftmengen ein- und ausgeführt? Arch. f. Gyn. br. XXVI. p. 273 ff.
29. Schrader, Sitzg. d. geburtsh. Gesellschaft zu Hamburg v. 17. Jan. 1893, refer. im Centralbl. f. Gyn. 1894. p. 1077.
30. Dew, New York med. Record. XLIII 1893. p. 289 ff. Establishing a new method of artificial respiration in aphyxia neonatorum, refer. in Schmidt's Jahrb. 1893, 239, p. 250, s. auch
31. Dew, Neue Methode künstlicher Athmung bei Asphyxia neonatorum, Deutsche Medizinalzeitung 1894 Nr. 19.
32. Forest, A new method of artificial respiration in asphyxia of the new-born Med. Record. 1892 April 9. p. 393.
33. Latzko, ein Beitrag z. Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Wien. med. Presse 1893 Nr. 23.
34. Winter, Sitzg. d. Ges. f. Gebh. u. Gyn. z. Berlin v. 8. Juli 1892.
35. Maass, Berlin. klin. Wochenschrift 1892, 12.
36. Reynold, Treatment of asphyxia of the new-born, refer. i. d. Annal. de Gynécologie, Tome, XXVII. p. 78.
37. Noble, The American journ. of obstetr. and Diseases of women and children April 1886. (Refer. im Arch. f. Kinderheilkunde VIII. p. 464 v. auch Runge, die Krankheiten der ersten Lebenstage 1893).
38. Leopold, s. d. Litteraturangabe z. Abteil. üb. Physiologie dieser Arbeit [36]).
39. Budin, Lufteinblasung b. Wiederbelebung von neugeborenen Kindern. Arch. de Tocol. et de Gyn. Bd. XIX, Juli 1893.
40. Waxham, Apnoea neonatorum. The Am. journ. of obst. 1892. Bd. XXV.
41. O'Dwyer, an improved method of performing artificial forcible respiration. Archiv of pediatrics. Jan. 1892.
42. Kaltenbach, Lehrb. d. Geburtshilfe. Stuttgart 1893.
43. Kleinwächter, Grundriss der Geburtshilfe. Wien.
44. Schauta, Grundriss d. operat. Geburtshilfe 1892. p. 272.
45. Goyard, Asphyxie des nouveaux nés. Gaz. des hôpitaux, février 1881 Nr. 6.
46. Brown, Sem. med. 1894 p. 555.
47. Späth, Lehrb. d. Geburtshilfe f. Hebammen. Wien 1886.
48. G. Braun, Lehrbuch d. Geburtshilfe f. Hebammen. Wien 1894.
49. Rokitansky, Freih. v., Lehrb. f. Hebammen. Wien 1895.
50. Piskaček, Lehrbuch f. Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. Wien 1896.
51. Laborde, Sem. méd. 1894.
52. Christoyanaki, Wien. med. Presse 1893, Nr. 8 u. Gaz. méd. de Paris 1893. Jan.
53. Péricr, Traitement de l'asphyxie des nouveaux nés. Académie de Médecine. Province med. Bd. IX. p. 534.
54. Bernheim, Behandlung d. Scheintods bei Neugeborenen. Nouv. Arch. d' Obstr. et de Gyn. 1893 Sept.
55. Pinard, Erfolge bei Scheintod d. Neugeborenen. Gaz méd. de Paris 1895 Nr. 3.
56. Amende, Tongue-traction in asphyxia neonatorum. New York med. Record Bd. XLIV, p. 235.
57. Metzquer, Wiederbelebung eines tief asphyktischen Neugeborenen durch rhythmische Zungentraktionen. Gaz. des hôpitaux 1895, Nr. 57.
58. Oehlschläger, z. Wiederbelebung Neugeborener. Centralbl. f. Gyn. 1893 Nr. 31.

Ich wende mich nun zu der dem Praktiker, wie dem Kliniker näherstehenden Frage: Welche Vorschläge, Beobachtungen und Erfahrungen haben uns die letzten Jahre betreffs der Behandlung der Asphyxie Neugeborener gebracht?

Die altbewährte Schultze'sche Methode, deren Bekanntgabe

weit vor dem Zeitabschnitte liegt, den dieses Referat umfasst, ist heutzutage Gemeingut aller derer, welche sich mit Geburtshilfe beschäftigen.

Die ausgezeichneten Erfolge, welche bei sachgemässer Ausführung derselben fast allenthalben erzielt wurden, schützten jedoch das Verfahren ebenso wenig vor abfälligen Urteilen über seine Leistungen, als vor Vorwürfen der Gefährlichkeit, welch' letztere neuerdings häufiger laut geworden sind, so dass Schultze[1]) selbst sich veranlasst sah, seine klassische Methode in mehreren Mitteilungen daraufhin zu vertheidigen.

Eine Reihe von Verletzungen, welche sich bei der Obduktion an Kindern fanden, die man mittels Schultze'scher Schwingungen wiederbelebt hatte, wurde diesen zur Last gelegt, nachdem Körber[2]) einen Fall von Leberzerreissung nach solchen veröffentlicht hatte.

Eine ähnliche Beobachtung Koffers[3]) (Platzen eines subserösen Leberhämatoms, dessen Präparat in der geb.-gyn. Gesellschaft zu Wien demonstriert wurde) veranlasste Schultze[1]) für seine Methode einzutreten und die pathologischen Befunde der subserösen Blutungen als „Resultat der Asphyxie und nicht des Schwingens" hinzustellen, indem er sich auf die Beobachtungen und Aussprüche mehrerer namhafter pathologischer Anatomen wie Rokitansky, Birch-Hirschfeldt u. A. stützt. Ich möchte zur Ergänzung und Erklärung einer Bemerkung Kehrers gedenken, welche sich auf die grosse Zerreisslichkeit der fötalen Blutgefässe bezieht; hochgradige Stauung des Blutes in gewissen Fällen von Scheintod, zusammengehalten mit der Brüchigkeit der Gefässe, vor allem der Capillaren, erklärt ungezwungen Ecchymosen, die längst als Erstickungsbefunde an den verschiedensten Organen bekannt sind.

Heydrich[4]) veröffentlichte einen Fall von traumatischem Pneumothorax nach Schultze'schen Schwingungen bei gebrochenem Schlüsselbeine. Er hält allerdings den Bruch des Schlüsselbeins im genannten Falle als durch die schwierige Armlösung bedingt, während der Schwingungen aber sei durch ein Bruchende der Clavicula die Pleura perforiert worden. Meyer[5]) widerräth desshalb Kinder mit Schlüsselbeinfrakturen zum Zwecke der Wiederbelebung zu schwingen, welche Ansicht auch von Körber[6]) vertreten wird. Schultze[7]) beantwortet nun die Frage, ob Fraktur des Schlüsselbeins eine Kontraindikation der Anwendung seiner Schwingungen sei, im verneinenden Sinne, obgleich er seinerzeit selbst dagegen gesprochen hatte. Selbstverständlich müssen die Schwingungen in solchen Fällen mit grösster Vorsicht und ohne die Schultern fest zu umgreifen, ausgeführt werden.

Keilmann[8]) konnte in zwei Fällen (sowie Schultze in einem) die Ungefährlichkeit sachgemäss ausgeführter Schwingungen bei Clavicularfrakturen nachweisen.

Beuttner[9]) stimmt Schultze und Keilmann bei; so dürfte es wohl keinem Zweifel unterliegen, dass die Schultze'schen Schwingungen bei Clavicularfrakturen, sachgemäss ausgeführt, angewendet werden dürfen.

Winter[10]) wollte sogar Abtrennung der Hinterhauptsschuppe

und Zerquetschung eines Hodens von Schultze'schen Schwingungen ableiten, wurde jedoch von Runge[11]) diesbezüglich widerlegt.

Dass Hämatome des Sterno-cleido-mastoideus nach Schultze'schen Schwingungen entstehen können, ist nach der Beobachtung Dittrich's[12]) (Blutaustritt in den M. pectoralis) nicht von der Hand zu weisen. Doch darf die Veranlassung des sog. congenitalen Caput obstipum keineswegs, wie Colombara[13]) wollte, den Schwingungen zur Last gelegt werden, worauf Pinkus[14]) ausdrücklich hinweist.

Gebhardt[15]) beschreibt einen Fall von Zerreissung der zweiten rechten Intercostalvene mit Durchbruch in den Pleurasack nach Schultze'schen Schwingungen; Schröder[16]) kennt Fälle von Abreissen der Milz; Klein[17]) konstatierte in einem Falle Suggillation in der Herzgegend und Blutungen im Halsbindegewebe.

Schrader[18]) hält die Schultze'schen Schwingungen häufig für die Veranlassung von Fremdkörperpneumonien; Voigt[19]) sah nach denselben Lähmung des Plexus brachialis auftreten. Grapow[20]) wollte gar einen Fall von Icterus (!) nach allerdings durch 2 Stunden fortgesetzten Schwingungen auf diese zurückführen.

Mansholt[20]) hat in seiner Dissertation eine Reihe von Verletzungen durch Schultze'sche Schwingungen, die ich zum Teil bereits angeführt habe, zusammengestellt.

Dass Verletzungen durch unzweckmässig ausgeführte Schwingungen verursacht werden können, ist klar; doch dürfen solche üble Zufälle nicht der Methode, sondern müssen der Art der Ausführung derselben zur Last gelegt werden; ja man kann nicht vorsichtig genug in der Beurteilung derartiger gerichtsärztlicher Fälle zu Werke gehen, nachdem Negri[22]) einen Fall beschrieben, in welchem die Obduktion eines mit der Zange entwickelten, am 3. Tage p. p. gestorbenen Kindes einen grossen subperitonealen Bluterguss auf der konvexen Fläche des rechten Leberlappens mit Ruptur des Peritoneum und Erguss des Blutes in die Bauchhöhle ergeben hatte, ohne dass bei dem tief asphyktisch geborenen Kinde, welches nur im warmen Bade wiederbelebt wurde, Schwingungen vorgenommen worden waren!

Dass Schultze'sche Schwingungen, obgleich sie verdienen, in schweren Fällen von Asphyxie an erster Stelle angewendet zu werden, auch später noch ihren Dienst bisweilen nicht versagen, beweist ein von Neuhaus[23]) mitgeteilter Fall. Es gelang ihm nämlich nach durch 2 Stunden fortgesetzten Wiederbelebungsversuchen endlich durch Schultze'sche Schwingungen das nahezu erloschene Leben wieder zu erwecken. Auch die Erfahrungen unserer Klinik betreffs der Schultze'schen Schwingungen waren bisher in der grössten Zahl der Fälle äusserst günstige.

Die Einwände, welche ich bis jetzt gegen die Schultze'schen Schwingungen namhaft gemacht habe, sind meist gleichzeitig entsprechend widerlegt worden. Doch ist nicht zu leugnen, dass ihre Ausführung unter gewissen Verhältnissen auf Schwierigkeiten stossen dürfte. Das Schwingen der zarten Neugeborenen, welches, um den gewünschten Erfolg zu erzielen, mit einer gewissen Energie ausgeführt werden muss, ist gewiss für die Angehörigen ein aufregendes Schauspiel; andrerseits ist das Verfahren bisweilen, so bei niedrigen

Wohnungen, ganz undurchführbar. Dass man zur Ausführung der Schwingungen, wie Lazarewitsch[24]) behauptet, „wenigstens mittleren Wuchses sein muss," ist mir nicht verständlich; auch, glaube ich, dürfte bei dem Ernste der Situation die „genügende Muskelkraft" aufzubringen sein. Von letzterem Gesichtspunkte aus erscheinen mir daher die Modifikationen der Schultze'schen Methode nicht gerechtfertigt: immerhin müssen wir dieselben kennen lernen. Lazarewitsch machte im verflossenen Jahre auf ein von ihm bereits vor 18 Jahren veröffentlichtes Verfahren aufmerksam, nach welchem man „Schwingungen" in sitzender Stellung ausführen könne. Es handelt sich im Wesentlichen nur um Kompression des Thorax bei Suspension der Frucht an den Beinen oder verstärkte Beugung derselben mit Annäherung an die Brust. Bezüglich der Details der Ausführung sei auf die mit Abbildungen versehene Originalmitteilung verwiesen.

Rosenthal[25]), Prochownick[26]), Tolmatschew[27]) u. A. haben gleichfalls „Modifikationen des Schultze'schen Verfahrens" ersonnen. Ersterer empfiehlt Suspension der asphyktischen Kinder an den Beinen und abwechselnde Beugung und Streckung der unteren Extremitäten derselben, Prochownick Suspension des Kindes und rhythmische Kompression des Thorax wie Lazarewitsch, Tolmatschew ein dem Prinzipe nach ähnliches Verfahren.

Lahs[28]) und Ahlfeld haben ebenfalls Schwingungen angegeben. Ersterer sagt: „Die Frucht wird mit der rechten Hand an den Füssen fest gefasst, mit der linken, flach ausgebreiteten Hand wird Kopf und Nacken unterstützt; so gefasst schwenkt man die Frucht aus dem warmen Bade heraus, zunächst kräftig nach links und aufwärts (Exspiration) und zieht sie dann möglichst schnell zu sich zurück (Inspiration); dies abwechselnd."

Ahlfeld's bereits im Jahre 1872 angegebenes Verfahren hat Schrader[29]) neuerdings in einer Sitzung der geb. Gesellschaft zu Hamburg im Jahre 1893 empfohlen. Das Verfahren besteht im Umfassen des Oberschenkels des Kindes von vorne, Beugung des Rumpfes und hierauf, unter entsprechender Fixierung des kindlichen Beckens, rasch folgende Streckung („nach hinten Werfen") desselben.

Dew[30])[31]) gibt eine in 3 Positionen vorzunehmende Wiederbelebungsmethode an, welche im wesentlichen in einer rythmisch-kräftigen Beugung des Rumpfes gegen die Oberschenkel und darauffolgender Streckung besteht.

Forest[32]) empfiehlt kräftiges Erheben der Arme des im Bade sitzenden Kindes zum Zwecke der Inspiration und nachfolgende Beugung und Kompression des Brustkorbes als künstliche Exspiration; vorher soll man allerdings das Kind bei herabhängendem Kopfe auf den Bauch legen und einen gelinden Druck auf den Rücken ausüben, um die aspirierten Massen zu entfernen.

Der erste Akt seiner Methode entspricht genau Silvesters Verfahren. Schliesslich empfiehlt er noch direktes Lufteinblasen von Mund zu Mund, worauf ich noch später zu sprechen komme.

Damit wären die Modifikationen, bezw. Ersatzmethoden der Schultze'schen Schwingungen im Grossen und Ganzen erledigt.

Zur Anregung der Herzthätigkeit bei tief asphyktischen Kindern haben Latzko[33]) und Winter[34]) mit gutem Erfolge die von Maass[35]) seinerzeit zur Behandlung des Scheintodes Erwachsener empfohlenen raschen, rythmischen Kompressionen der Herzgegend angewendet.

Reynold[36]), wie Noble[37]) suchen die Ursache der Asphyxie bei vielen Fällen in der Gehirnanämie der Neugeborenen; empfehlen daher die einfache Suspension derselben an den Beinen.

Leopold[38]) schlägt vor, dem Kinde zur Verhütung der Asphyxie bereits während des Durchtrittes des (nachfolgenden) Schädels Luft zuzuführen.

Die alte Methode des Lufteinblasens taucht neuerdings in mehreren Vorschlägen auf, so bei Prochownick (l. c.), bei Budin[39]), welcher die Methoden von Schultze und Silvester für nicht ganz zuverlässig haltend, Lufteinblasen mittels einer von Ribemont modifizierten Chaussier-Depaul'schen Röhre empfiehlt.

In Waxhams[40]) Abhandlung findet sich die Abbildung einer Larynxtube, zum Einblasen von Luft (dabei abwechselnd Kompression des Thorax).

O'Dwyer[41]) gibt gleichfalls Tuben zur künstlichen Respiration an, welche mit und ohne Tracheotomie (!) zur Wiederbelebung zu verwenden seien.

Kaltenbach[42]) widerräth nach einer Beobachtung Reich's das Lufteinblasen von Mund zu Mund. Eine phthisische Hebamme hatte auf diese Weise auf mehrere Kinder Tuberkulose übertragen. Kleinwächter[43]) sagt in seinem Lehrbuche: „Luft darf man nie in die Lungen einblasen" — die Erzeugung eines interlobulären Emphysems fürchtend. Der Umstand, das man „Exspirationsluft, also eine zum Athmen untaugliche, einblase", scheint mir weniger von Bedeutung, als Kleinwächter annimmt, da es sich ja zunächst um Entfaltung der atelektatischen Lungen handelt.

Kräftige Hautreize in Form von heissen Bädern empfahlen Le Bon[44]) und Goyard[45]); Ersterer will asphyktische Kinder durch 1—2 Minuten in 45—50° C. (!) heisses Wasser eintauchen, desgleichen Goyard, welcher in einem Falle nach durch 1½ Stunden erfolglos angewandten Versuchen von einem Wasserbade von 50° C. Erfolg gesehen zu haben angiebt. Es ist das nach meiner Ansicht ein etwas energischer Hautreiz!

Brown[46]) schlägt vor, den asphyktischen Kindern einige (4—5) Tropfen Alkohol zu injizieren. Alkohol (Cognac) auch innerlich dem Kinde einzuführen, wurde mehrfach empfohlen. Ich möchte dieses Verfahren nicht nachahmen, nachdem ich bei einem derart behandelten Kinde den Cognac, welcher zur Wiederbelebung verabreicht in die Luftwege geraten war, erst wieder aspirieren musste, bevor andere Verfahren eingeschlagen werden konnten.

Die neueren Hebammenbücher bringen in der Frage der Wiederbelebung scheintodt geborener Kinder nicht viel Neues. Späth[47]) empfiehlt noch das Lufteinblasen von Mund zu Mund, Braun[48]) mit einer desinfizierten (!) Feder zunächst den Schleim aus der Nase des Kindes zu entfernen; bemerkens- und beherzigenswert ist aber sein Vorschlag, bei den Wiederbelebungsmethoden die Zungenwurzel

des Kindes nach vorne zu drücken. Rokitansky[49]) sagt betreffs der Schultze'schen Schwingungen im Vorworte seines Hebammenlehrbuches: „Die Schultze'schen Schwingungen sind ein Verfahren, für dessen korrekte und erfolgreiche Durchführung die Mehrzahl der Hebammen zu wenig Uebung besitzt. Häufig wird die Hebamme mit derselben mehr schaden als nützen. Es giebt andere, leichtere, schonendere und ebenso sichere Methoden der Behandlung scheintodter Neugeborener."

Piskaček[50]) tritt hingegen lebhaft für die Schwingungen ein; bei dem Umstande, dass eben nicht bei jeder Geburt eines asphyktischen Kindes ein Arzt zur Stelle sein wird, sei es wünschenswerth, in den Kursen die Hebammen vollständig mit der Ausführung der Schultze'schen Schwingungen vertraut zu machen.

Von Frankreich aus wurde vor einigen Jahren eine ganz eigenartige Behandlungsweise der Asphyxie empfohlen, welche ich zu wiederholten Malen mit Erfolg anzuwenden, Gelegenheit hatte. Es ist dies die Laborde'sche Methode der rythmischen Zungentraktionen.

Laborde[51]) hat seine Methode zum ersten Male im Jahre 1892 bekannt gegeben. Im Jahre 1894 konnte er bereits 64 erfolgreich damit behandelte Fälle veröffentlichen. In zahlreichen seit dieser Zeit erschienenen Arbeiten hat er sein Verfahren immer wieder aufs Neue empfohlen. Die Wirkungsweise erklärt er als eine reflektorische; durch primäre Erregung der Zungenschlundnerven (glossopharyngeus und laryngeus sup.) werde ein Reiz gesetzt, welcher sekundär, von der Medulla oblongata aus, die erste Athmung einleite. In Deutschland scheint Laborde's Methode wenig Eingang gefunden zu haben. Von der Wirksamkeit derselben überzeugt, beabsichtige ich, an anderer Stelle auf dieselbe ausführlich zu sprechen zu kommen.

In einem Falle, dessen Veröffentlichung*) ich mir für die nächste Zeit vorbehalte, gelang es mir, nachdem ich durch 2 Stunden alle mir bekannten Wiederbelebungsversuche vergebens angewendet hatte, durch rythmische Zungentraktionen an dem in warmen Bade befindlichen Kinde den ersten Athemzug zu erzielen.

Christoyanaki[52]) gelang es in einem durch $1^1/_2$ Stunden erfolglos mit allen anderen Methoden behandelten Falle gleichfalls nach Laborde's Methode den ersten Athemzug auszulösen. Wärmstens empfahlen dieses Verfahren auch Perier[53]), Bernheim[54]), Pinard[55]), Amende[56]), Metzquer[57]).

Keineswegs als neu, wenngleich empfehlenswert, müssen wir den Vorschlag Öhlschlägers[58]), die Zunge zur Erleichterung des Lufteintrittes, sei es mit dem Finger, sei es mit Instrumenten hervor zu ziehen, bezeichnen. Dass damit Laborde's Methode nicht gemeint sei, geht daraus hervor, dass der genannte Autor nur von einer Erleichterung des Luftzutrittes in die Lungen „bei den krampfhaften, aber wirkungslosen Athembewegungen", also bei bereits in Gang gesetzter Athmung, spricht.

*) Zur Zeit des Druckes dieses Sammelberichtes bereits im Centralblatt für Gynaek. No. 28 dieses Jahres erschienen.

Ob Ebermayer, der in seinem Taschenbuche der Geburtshilfe (Leipzig 1807) „dann und wann an der Zunge gelinde zu ziehen" empfiehlt, als ein Vorläufer der Laborde'schen Methode zu nennen sei, möge dahingestellt bleiben; ist es ja doch äusserst schwierig, nach der Anwendung der verschiedenen heutzutage bekannten Methoden festzustellen, welche den schliesslichen Erfolg herbeigeführt habe, da die Sachlage so häufig, von einem erfolglosen Verfahren zu einem mehr Erfolg versprechenden überzugehen erfordert. Es kann sonach die Summierung der Wiederbelebungsreize durch die verschiedenen Verfahren immerhin zu falschen Schlüssen führen, indem man geneigt sein könnte, die letztangewendete Methode als die erfolgreichste zu betrachten!

II. Internationaler Kongress für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Genf.

Bericht erstattet von Dr. O. Beuttner,
Privatdozent in Genf.

(Fortsetzung.)

II. Operative Behandlung der Retroversio-flexio.

1. Referat von Küstner (Breslau.)

1. Obwohl keine operative Behandlungs-Methode der Retroversio-flexio dem Uterus und den Adnexen eine absolut normale Lage sichert, so ist dennoch jede der durch operativen Eingriff gewonnenen Lagen insofern der Retroversio-flexio vorzuziehen, als durch sie der Uterus annähernd seine normale Beweglichkeit wieder erlangt, dadurch ein Verwachsen mit der Umgebung event. später am Prolabieren verhindert wird, mit einem Worte die annähernd normale Mechanik der Beckenorgane wiedergestellt wird.

2. Bei der operativen Behandlung ist die mobile Retroversio-flexio scharf von der fixierten zu trennen. Die fixierte Retroversio-flexio muss erst in eine mobile verwandelt werden; nachher sind dieselben Methoden anwendbar, wie für die von vornherein mobile Retroversio-flexio, um den Uterus in Anteversio-flexio zu fixieren.

3. Was die operativen Eingriffe betrifft, welche die fixierte Retroversio-flexio mobilisieren — die mobilisierenden Operationen — so braucht bei wenig umfänglichen Adhärenzen die Abdominalhöhle nicht eröffnet zu werden; diese Eingriffe bestehen dann in Massage oder Schultze'schem Verfahren.

Sind die Adhärenzen umfänglich, so empfiehlt sich im Interesse der Exaktheit der Trennung die Eröffnung des Abdomens.

4. Die Eröffnung des Abdomens kann von hinterem Scheidengewölbe, vom vorderen Scheidengewölbe und von den Bauchdecken aus erfolgen. Den besten Einblick in die Adhärenzverhältnisse, mithin die exakteste Behandlung der mehr oder weniger erkrankten Adnexa gestattet unbedingt die Laparotomie.

Viel weniger exakt ist und unliebsame Nebenverletzungen nicht mit Sicherheit ausschliessen lässt die vordere Kolpotomie. Dasselbe, was die Unexaktheit betrifft, gilt von der hinteren Kolpotomie.

5. Der Werth der fixierenden operativen Verfahren bei mobiler wie bei mobilgemachter Retroversio-flexio setzt sich aus zwei Faktoren zusammen:

a) Leistungsfähigkeit, was die Rechtlagerung des Uterus betrifft.
b) Nichtbeeinträchtigung der Uterusfunktionen.

6. Genügende Leistungsfähigkeit ist bekannt für ventrale Fixation, vaginale Fixation, abdominale vesicale Fixation, Alexander's Operation; noch nicht bekannt für die neueren Modifikationen dieser Verfahren und für Sänger's Retrofixation.

7. Nicht oder relativ wenig beeinträchtigt wird die Uterusfunktion durch ventrale Fixation, durch Alexander's Operation, durch vesicale Fixation.

8. Schwer beeinträchtigt wird die Uterusfunktion durch vaginale Fixation, sobald dieselbe auf den grössten Teil der vorderen Corpuswand ausgedehnt wird.

9. Deshalb sind von der vaginalen Fixation zeugungsfähige Frauen möglichst auszuschliessen. Bei Vetulis giebt diese Operation sehr gute Resultate, besonders verbunden mit Colporrhaphien auch bei Descensus und mässigen Graden von Prolapsus.

10. Handelt es sich um umfängliche Adhäsionen, so ist die beste Operation Laparotomie, Trennung der Adhäsionen mit Pacquelin, Scheere und Finger und nachfolgende ventrale Fixation nach Olshausen's Prinzip.

Bei der Behandlung der erkrankten Adnexa sind konservierende Prinzipien bis in alle Konsequenzen zu beobachten. Ohne dass sie schwer erkrankt waren, sind die Adnexa nicht zu entfernen, sondern nur aus den Adhäsionen zu lösen. Jedenfalls ist, wenn möglich, bei jugendlichen Personen funktionierendes Ovarialgewebe zurückzulassen.

Auf diese Weise ist im Prinzip jede fixierte Retroversio-flexio zu behandeln und sind Ausschabungen, Bäder und andere symptomatische Kuren nur ausnahmsweise anzuwenden.

11. Die beste operative Methode für die bewegliche Retroversio-flexio ist Alexander's Operation nach den Werth-Kocher'schen Vorschriften, da diese Operation überhaupt diejenige Lage des Uterus garantiert, welche der normalen am ähnlichsten ist, eigentlich die normale ist.

12. Die Indikation für die operative Behandlung der beweglichen Retroversio-flexio wird im Wesentlichen bestimmt durch die lange Dauer des Leidens, Fruchtlosigkeit der Pessarbehandlung, Aversion der Kranken gegen Pessare etc. Objektive Indikation besteht bei Verunstaltungen der Vagina, welche eine Pessarbehandlung ausschliessen.

13. Mit Rücksicht darauf, dass der Prolaps des Uterus im Allgemeinen stets nur der Folgezustand der Retroversio-flexio ist, ist bei der operativen Prolapsbehandlung in erster Linie die dauernde Rechtsstellung des Uterus ins Auge zu fassen.

Danach besteht die beste Prolapsbehandlung in ventraler Fixation des Uterus, mit welcher in derselben Sitzung scheidenverengende plastische Operationen verbunden werden.

2. Referat von Pozzi (Paris).

I. Die mit Retroversion und Retroflexion des Uterus bezeichneten pathologischen Zustände stellen keine einheitlichen Krankheiten dar. In Folge einer alten Tradition, die heute verlassen werden muss, werden diese Zustände immer noch als besondere Krankheiten aufgefasst.

II. Die Lageabweichung nach rückwärts, sowohl mit als ohne Flexion, beobachtet man unter folgenden, ganz verschiedenen Bedingungen.

a) Erschlaffung der Ligamente, ohne durch Perimetro-Salpingitis bedingte Adhäsionen: Retrodeviatio mobilis.

b) Hintere Adhäsionen, als Folge von Perimetritis oder Peri-Oophoro-salpingitis: fixierte Retrodeviationen. Diese letztere Art ist bei weitem die häufigere.

Es besteht zwischen diesen beiden Affektionen durchaus keine Verwandtschaft. Eine Verwechselung der beiden konnte nur zu einer Zeit stattfinden, wo die Digitaluntersuchung noch in ihren Anfangsstufen und wo die Salpingo-Oophoritis so zu sagen noch ganz unbekannt war. Man verwechselte für gewöhnlich die Retrodeviationen mit salpingo-oophoritischen Exsudatmassen, welche den Douglas vortrieben.

III. Für die beweglichen Retrodeviationen sollte man die Namen Retroversion und Retroflexion ersetzen durch: abnorme Beweglichkeit des Uterus Die Rückwärtslagerung ist hier ganz einfach die natürliche Lagerung eines

nicht mehr fixierten Uterus, welcher der Schwere nach, nach hinten fallend, seine normale Anteflexio eingebüsst hat. Aber diese falsche Lagerung erzeugt direkt nur ganz geringfügige Compressions-Erscheinungen. Die hauptsächlichen Beschwerden, reflektorischer Art, sind unabhängig von der Lageabweichung und Folge der übermässigen Mobilität. Diese nervösen Erscheinungen bleiben bestehen, auch wenn die Gebärmutter momentan nach vorne gebracht, aber nicht dort fixiert wird. Diese Beschwerden sind zurückzuführen auf eine Störung des abdominalen Gleichgewichts, auf eine wirkliche Enteroptosis der Beckenorgane.

IV. Eine chirurgische Behandlungs-Methode, welche in solchen Fällen den Uterus an einer circumscripten Stelle seiner Oberfläche zu fixieren versucht, kann nur einen ganz vorübergehenden Erfolg haben. Der konstante Zug an dem neuen Fixationspunkte wird wieder eine neue Erschlaffung der Gewebe bewirken. Hierin liegt die Ursache des fast konstanten Misserfolges, den man früher oder später konstatiert, nach der Alexander'schen Operation und anderen ähnlichen Verfahren. Die abdominale Hysteropexie, die Vagino- und Vesico-Fixation geben allem Anschein nach auch bloss vorübergehenden Erfolg. Viele dieser Operationen müssen übrigens verworfen werden, weil sie ein Geburtshindernis schaffen.

V. Die rationelle Behandlung der mobilen Retrodeviation oder besser der excessiven Mobilität der Gebärmutter ist kompliziert und hat verschiedene Indikationen zu erfüllen:

a) Heilung der sehr häufig komplicierenden Metritis durch geeignete Mittel (Ausschabung, Amputatio colli etc.)

b) Wiederherstellung des häufig zerrissenen oder erschlafften Dammes durch eine ausgiebige plastische Operation.

c) Das Tragen eines Pessars, welches den Gebärmutterhals fixiert durch Ausdehnung des hinteren Scheidengewölbes und das Tragen einer Unterleibsbinde zum Zweck der Regulierung des intra-abdominellen Druckes.

VI. Die Behandlung der fixierten Retrodeviationen ist identisch mit derjenigen des Grundleidens, welche die Retrodeviation erzeugte und unterhält. Letztere ist immer verursacht durch mehr oder weniger starke Adhäsionen am Uterus selbst oder an den Adnexa.

Die Adhäsionen können oft gesprengt werden durch Massagemanöver, oder meist mit Sondierung des Uterus; aber dieses Vorgehen bietet stets Gefahren; im übrigen ist dasselbe irrationell.

Die Retrodeviation ist in solchen Fällen blos eine Komplikation. Die wahre Krankheit besteht nicht in der Deviation, noch in den Adhäsionen, sondern vielmehr in der pathologischen Affektion der Gebärmutter, der Tube des Eierstockes. Die Frage der chirurgischen Behandlung hat daher mit diesem neuen Umstande zu rechnen und operative Maasnahmen hängen wesentlich ab von dem Grade der Adnex- oder Uterus-Erkrankung.

VII. Viele fixierte Retrodeviationen sind schmerzlos: Schmerzen entstehen lediglich durch Störungen der Heilungsvorgänge. Beschwerden entstehen erst dann wieder, wenn der deviierte und fixierte Uterus von neuem metritische Erscheinungen aufweist. — Die Behandlung dieser Komplikationen durch geeignete Mittel genügt dann, um die Beschwerden zu heben, vorausgesetzt, dass die Adnexa wenig oder gar nicht erkrankt sind.

VIII. In anderen Fällen kann man durch die klinische Untersuchung nachweisen, dass die Adnexerkrankungen die Hauptrolle spielen und dass die Metritis als Folgeerkrankung aufzufassen ist. In diesen Fällen ist die Laparotomie indiciert. Findet man leichte Adnex-Erkrankungen, kleincystische Degeneration am Ovarium ohne Atresie der Tube, so wird man sich mit einer konservativen Operation begnügen, nämlich mit Ignipunktur oder partieller Resektion des Ovariums, je nach Umständen. Die Gebärmutter richtet sich von selbst auf, nach der Zerstörung der Adhaesionen. Zur grösseren Sicherheit habe ich, lange Zeit hindurch, die Operation vervollständigt durch die abdominelle Hysteropexie. Ich thue das gegenwärtig nicht mehr aus Furcht späterer Komplikationen von Dystokie. Ich habe übrigens auf diese Weise gute Erfolge erhalten.

Sind tiefere Erkrankungen des Ovarium oder der Tube vorhanden, mit Obliteration der letzteren, so soll die Kastration ausgeführt werden, denn eine

Conception ist so wie so nicht mehr möglich, der Uterus richtet sich auf in Folge der Verkürzung der Ligamente nach der Ligatur des Stumpfes.

Die Operationen führen zur Stillung aller Symptome, welche fälschlicher Weise blos der Retrodeviation zugeschrieben wurden.

IX. In gewissen Fällen besteht die beste Behandlung der Retrodeviationen in der vaginalen Hysterectomie. Dies gilt besonders für alte und doppelseitige Adnexaffektionen, kompliziert mit chronischer Metritis und Hypertrophie der Gebärmutter. In solchen Fällen bleibt nach Adnex-Exstirpation vom Abdomen aus, ein grosser schwerer Uterus im Grunde des Douglas. Man könnte in solchen Fällen die abdominelle Hysteropexie zufügen und später durch Auskratzung und Amputation des Collum die Involution des Uterus herbeiführen; endlich wenn nötig eine Dammplastik ausführen und ein Pessar tragen lassen. Aber dieses Vorgehen ist bei weitem komplizierter, länger und nahezu ebenso gefährlich wie die vaginale Hysterectomie. Letztere ist daher in den angeführten Ausnahmefällen zu empfehlen.

3. Referat von Polk (New-York).

1. Die Retrodeviationen des Uterus, und ganz speziell diejenigen bei zeugungsfähigen Kranken, dürfen nicht chirurgisch so behandelt werden, dass der Fundus oder der Uteruskörper selbst an der Abdominalwand, oder an den Nachbarorganen, Blase oder Vagina fixiert werden.

2. Die unkomplizierten Retroversionen bei zeugungsfähigen Personen sollen durch die äussere, das heisst inguinale Verkürzung der runden Bänder, Alexander's Operation, behandelt werden. In diesen Fällen kann man auch die intraperitoneale Verkürzung der runden und der utero-sacralen Ligamente durch die Vagina ausführen.

3. Bei zeugungsfähigen Kranken sollen die unkomplizierten Retroflexionen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und wenn es notwendig ist auch der utero-sacralen Ligamente behandelt werden, beide Operationen durch die Vagina ausgeführt.

4. Die adhaerenten Retrodeviationen, bei Frauen vor der Menopause sollen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und wenn nötig auch der utero-sacralen Ligamente, beide Operationen womöglich durch die Vagina ausgeführt, behandelt werden. Die Alexander'sche Operation kann auch nach Zerreissung der Adhäsionen durch Colpotomie, in den Fällen ausgeführt werden, wo die runden Ligamente nicht in Adhäsionsmassen eingehüllt sind, wie es so oft der Fall ist nach der Perimetritis anterior.

5. Die Retrodeviationen nach Salpingo-oophorektomie, sollen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und wenn nötig auch der utero-sacralen Ligamente behandelt werden.

6. Nach der Menopause sollen die Retrodeviationen durch die intraperitoneale Verkürzung der runden und der utero-sacralen Ligamente behandelt werden, beide Operationen womöglich durch die Vagina ausgeführt. Die Alexander'sche Operation wird genügen, wenn es keine Adhäsionen giebt und der Uterus nicht atrophisch ist.

7. Wenn die utero-sacralen Ligamente verlängert sind und sie auf diese Weise eine Hauptrolle bei der Retrodeviation spielen, so muss ihre Verkürzung vorgenommen werden; diese Operation wird am besten durch die Vagina ausgeführt.

Discussion und zum Gegenstand gehörende Einzelvoträge.

Reynier (Paris). Retroflexio und Retroversio sind verschieden, nicht nur vom Standpunkte der Therapie, sondern auch von demjenigen der Aetiologie.

Die gleichen Momente, welche die Retroversio verursachen, bedingen auch den Prolaps.

Die Retroflexion ist immer durch Entzündung verursacht.

R. ist gegen die Vaginofixation; zur operativen Behandlung der Retroflexion empfiehlt er Laparotomie und Ventrofixation.

Nach der Laparotomie und Hysteropexie soll des Curettement angeschlossen werden.

Gill Wylie (New-York). Die Alexander-Operation giebt die besten Resultate gegen Retroflexion.

Jacobs (Brüssel) betont hauptsächlich die später auftretenden Gefahren der Ventrofixation, bezüglich Ileus, bedingt durch stielförmig ausgezogene Fixationsnarben; er demonstriert 4 Fälle solcher Stränge, von denen der längste 12 cm. lang ist. Die Vaginaefixation verwirft er vollständig wegen der späteren Geburtsstörungen. Er hat die Methode der vag. Hysteropexie in der Weise modifiziert, dass er den Uterus am Peritoneum des vorderen Douglas fixiert; in 6 solcher Fälle normaler Geburtsverlauf, kein Abort.

Pichevin (Paris). Man muss den Uterus möglichst normal lagern; er empfiehlt besonders die Alexander'sche Operation in Verbindung mit entsprechender Colporrhaphia anterior et posterior; bei Frauen nach der Menopause kann mit Vorteil und Sicherheit für ein Dauerresultat auch die Vaginaefixation ausgeführt werden. Von den beiden Verfahren, dem Dührssen'schen und dem Mackenrodt'schen empfiehlt P. besonders den Dührssen'schen Querschnitt, da er der Ansicht ist, dass durch Mackenrodt's Längsschnitt die Blase gefährdet werden könnte.

P. hält die Retroflexion für ein aetiologisches Moment der Metritis, was er experimentell an Kaninchen beobachtet haben will.

Paul Petit (Paris). Einfache frische Retroflexionen müssen prinzipiell mit dem Pessar behandelt werden.

Alte und nicht Schmerzen verursachende Retroflexionen lässt man ohne Behandlung, insofern sie nicht als Ursache einer bestehenden Sterilität aufgefasst werden müssen.

Alte Deviationen mit Beschwerden können durch Pessare oder auch chirurgisch behandelt werden.

P. verwirft die abnorme Antefixation und giebt der Alexander'schen Operation den Vorzug. Er hat in 20 Fällen gute Resultate gehabt.

Schwarz (Paris). Bezüglich der Beschwerden der Retroflexion spielt die Metritis eine grosse Rolle.

Sch. hat 46mal die abdominale Hysteropexie ausgeführt und bessere Resultate erhalten als sie Jacobs vorhin geschildert wurden.

Die abdominale Hysteropexie wurde nur dann ausgeführt, wenn man mit plastischen Operationen, mit bimanueller Reposition etc. nicht zu einem annehmbaren Resultate gelangen konnte.

Von den 46 Operationen waren —

bei 24 keine Adnexerkrankungen nachzuweisen,
22 Fälle erforderten Adnexoperationen;

einmal konnte durch Ignipunktur das Ovarium dahin beeinflusst werden, dass Pat. nach 3 Jahren concipierte.

14 wurden einseitig castriert,
2 mal die Ovarien beiderseits entfernt.

Von 34 Fällen sind 30 geheilt mit einer Beobachtungszeit von 1—5 Jahren.

Die 4 Recidive verteilen sich folgendermassen:

1. Anatomische Recidive ohne besondere Veranlassung.
2. Anatomische Recidive, nach Geburt; Schmerzen.

bei 3. u. 4. trat kein anatomisches Recidiv auf, allein die Beschwerden wurden nicht gehoben.

Sabino Coelho (Lissabon). Viele Beschwerden bei Lage-Veränderungen sind durch Adnex-Erkrankungen verursacht. Die Retrodeviationen sind, wenn immer möglich, mit Pessarien zu behandeln; für diejenigen Fälle, die mit Pessar nicht zur Befriedigung behandelt werden konnten, empfiehlt er die Vaginaefixation; bei Lösung stark adhaerenter Uteri durch Colpotomia anterior hat er oft starke Blutungen erlebt.

Was die Resultate anbelangt, so hält C. die Vaginaefixation für ein gutes Operations-Verfahren in allen denjenigen Fällen, in welchen die Beschwerden direkt durch die falsche Lage des Uterus und nicht durch komplizierende Adnexerkrankungen bedingt werden.

Bouilly (Paris) empfiehlt warm die mechanische Behandlung der Retroflexio durch Pessaren; er wählt ein modifiziertes Hodge-Pessar ohne aufsteigenden Bügel im hinteren Scheidengewölbe mit breiter Basis, um den Uterus durch Spannung des Beckenbodens in der normalen Lage zu erhalten.

Kummer (Genf). Im Ganzen wurden von ihm nach Alexander 22 Fälle

operiert: davon kamen 5 Fälle auf Retrodeviationen, kombiniert mit mehr oder weniger komplettem Prolaps; in vier von diesen Fällen wurde die Alexander-Operation kombiniert mit plastischer Scheiden-Operation; alle sind dauernd geheilt.

In einem Falle, wo nur die Verkürzung der runden Mutterbänder vorgenommen wurde, trat Recidiv ein.

In weiteren 17 Fällen wurde operiert nach Alexander-Kocher wegen mobiler oder mobilisierbarer Retrodeviationen: einmal trat Recidiv ein bei einer mobilisierbaren Retroflexion, kombiniert mit Adnex-Erkrankung.

In zwei Fällen von anatomischer Heilung der Retroflexio blieben die früheren Schmerzen bestehen. Es handelte sich beide Male um neurasthenische Frauen mit Enteroptose; in einem Falle blieb das Endresultat unbekannt.

In 13 Fällen war die Heilung eine vollständige. Das Maximum der Anteflexion wurde erreicht durch Zug der Lig. rotund. nach unten, in der Richtung der Spin. pub.

R. hält die Alexander'sche Operation unter allen für Deviationen des Uterus angegebenen Methoden für die beste, weil physiologische.

Péan (Paris) verwirft die operative Behandlung der mobilen Retroflexionen, sowie derjenigen, die mobilisiert werden können und empfiehlt warm die Pessar-Behandlung.

Die operative Behandlung muss für Ausnahmfälle reserviert wer en. Zeigen derartige Fälle Komplikationen: Pyosalpinx etc., so macht P. die vaginale Hysterectomie.

Zur genügenden Exploration der Komplikationen empfiehlt P. einen im hinteren Scheidengewölbe angelegten Transversalschnitt.

Maxime Chalaise (Bordeaux). Bei den Deviationen des Uterus muss man die Erkrankungen des Endometrium, der Cervix, der Adnexa und der Vaginalwände behandeln. Die blosse Aufrichtung der Gebärmutter bringt sehr häufig keine Abnahme der Beschwerden, wenn man nicht zugleich, je nach dem Fall, curettiert, die Cervix amputiert oder die Vaginalwände verengt.

Engström (Helsingfors). Die Retrodeviationen verursachen selten an und für sich grössere Beschwerden; E. empfiehlt die Ventrofixation, welche er unter 266 Laparotomien 52 Mal ausführte, darunter 16 Mal für mobile und 34 Mal für fixierte Retrodeviationen mit oder ohne gleichzeitige Adnex-Operationen.

Alle Fälle sind normal verlaufen; kein Recidiv.

Mangin (Marseille). Bei fixierten Retroflexionen muss zuerst medikamentös eingeschritten werden, event. Massage. M. macht bei grossen Uteris mit Vorliebe die abd. Hysteropexie.

Sänger (Leipzig). Die vaginale Antefixation des Corpus Uteri ist zur Zeit so gut wie verlassen. Die Ventrifixura Uteri ist die einzige Methode, die eine sichere und dauernde Antefixation leistet. Sie hat auch die geringsten Störungen während der Schwangerschaft und Geburt ergeben. Auch S. hat in zwei Fällen von einer wiederholten Coeliotomie nach vorheriger Ventrifixur wohl ausgedehnte Adhäsionen im Bereich der Uterus-Bauchnarbe vorgefunden, doch ohne sonstige Nachteile. S. verwirft die Leopold-Czerny'sche Methode, ausser wenn beide Adnexen entfernt werden mussten. Das Einnähen des Uterus die Bauchwunde macht leicht zu starke Verwachsungen und hindert das Emporsteigen des Uterus bei zutretender Schwangerschaft. Er empfiehlt die Lig. rotunda samt dem vorderen Blatt der Lig. lat. unterhalb des unteren Wundwinkels an die vordere Bauchwand zu fixieren. Die Ventrifixur kann auch dazu benutzt werden Nahtwunden am Uterus von der übrigen Bauchhöhle abzukehren. (2 Fälle.) Die einfache Retrofixatio colli Uteri hat S. leider keineswegs so gute Resultate ergeben, wie Küstner äusserte. Vielleicht hat die direkte Eröffnung und Ausschaltung der Douglasspalte (Stratz, Pagenstecher) bessere Ergebnisse.

Doléris (Paris). Drei Gruppen von mobilen Retroflexionen:

1. Traumatische Retrodeviationen
2. Puerperale Retrodeviationen.
3. Retrodeviationen verursacht durch Erschlaffung des Beckenbodens.

D. behandelt diese genannten Formen noch mit Pessaren, des Weiteren ist er ein Anhänger der Alexander'schen Operation.

Er verfügt über 200 Fälle, bei denen mehr oder weniger zahlreiche ergänzende Operationen nötig wurden.

D. ist hauptsächlich Anhänger der Kombination von Alexander'scher Operation mit Resektion des Douglas, d. h. Verkürzung der Lig. sacro-uterina. Ueber Vaginaefixation hat er keine Erfahrung.

Lindfors (Upsala). L. empfiehlt für mobile Retroflexionen die Alexander-Kocher'sche Operation; bei fixiertem Uterus ist nur die Ventrofixation nach Trennung der Adhäsionen aussichtsvoll.

Dudley (New-York). Bei mobilen Deviationen kommt die Alexander'sche Operation in Betracht. Bei Fällen mit schwereu Adnexerkrankungen macht er die vaginale Hysterectomie; für Fälle von adhärenten Uteris beschreibt er ein neues Verfahren, das darin besteht, dass nach Trennung der Adhäsionen die Lig. rotunda an die Mitte der vorderen Uteruswand fixiert und dadurch intraperitoneal verkürzt werden. Dieses Verfahren soll weder bei Schwangerschaft noch Geburt Störung machen.

Küstner (Breslau) Schlusswort.

K. hebt besonders die grossen Differenzen in den Anschauungen bezüglich der Beurteilung der bei den Deviationen auftretenden Symptone hervor.

Es stehen sich gegenwärtig zwei Gruppen diametral gegenüber, von denen, die eine nur die entzündlichen Erscheinungen betonen, in welchen sie das aetiologische Moment der Beschwerden erblicken, während die andere Gruppe den Grund der Beschwerden in den Deviationen selbst sucht.

III. Welche Bauchnaht gibt die beste Garantie gegen Abscesse, Eventrationen und Hernien?

1. Referat von Bantock (London).

1. Die Bacterien spielen keine Rolle bei der Eiterbildung, denn sie sind die Folge und nicht die Ursache der Zustände, bei welchen sie gefunden werden. Die Abscesse, die in der Wunde und entlang den Näthen vorkommen, rühren nicht von der Einführung von „Keimen" oder voll entwickelten Bakterien her, sondern von der Anwesenheit von todtem Gewebe, das als fremder Körper wirkt und von einem zu grossen Drucke in den Geweben, verursacht durch zu fest angezogene Nähte.

2. In gewöhnlichen Fällen genügt die einfache Knopfnaht zu allen Erfordernissen der Praxis.

3. Bei sehr fetten oder sehr mageren Personen soll man das Peritoneum mit einer fortlaufenden Naht besonders schliessen, während die übrige Wunde mit einer oder zwei Etagen von Knopfnähten vereinigt wird.

4. Seide ist das beste Nähmaterial für die Knopfnaht, während das Catgut vorteilhafter ist für die versenkte fortlaufende Naht; es soll aber nicht mit Chromsäure präpariert werden.

2. Referat von La Torre (Rom).

1. Die Frage der Bauchnaht ist bis zur Stunde dermassen interessant, dass es sich wohl der Mühe lohnt, sich mit derselben näher zu beschäftigen.

2. Selbst die Autoritäten sind nicht einig bezüglich der Definition der nach einer Operation auftretenden Hernien.

Unter einer solchen versteht man das Austreten eines Darmes durch eine Pforte in der vorderen Bauchwand; diese Pforte wird durch die Aponeurose der Muskeln gebildet.

3. Die nach Operationen entstandenen Brüche waren zu der Zeit sehr häufig, als man das Abdomen nach der extraperitonealen Methode schloss. Sie sind heutzutage weniger häufig, seit man die Naht nach der intraperitonealen Methode macht und selbst, seit man wieder die extraperitoneale Methode anwendet, allerdings in der von Durante empfohlenen Modification.

4. Eine gute Bauchnaht hängt von drei Hauptpunkten ab: erstens von der Stelle der Incision, zweitens von dem Nahtmaterial und drittens von der Art der Naht.

Den wichtigsten Faktor spielt die Incision und die später folgende Sutur der Musculatur mit entsprechender Aponeurose, d. h. der Ort wo man die Gewebe trennen und wieder vereinigen will.

5. Die Naht, welche in der Aponeurose der Linea alba angelegt wurde, ist oft die Ursache von Brüchen, während die reine Muskelnaht es nicht ist.

Eine Frau, welche die Chancen hat nach einer Operation schwanger zu werden,

muss immer mit reiner Muskelnaht genäht werden. In diesen Fällen ist es von Vorteil die Incision in der Linea alba zu machen und darauf, bevor man die Nähte anlegt, die Aponeurose der weissen Linie zu resecieren bis zum innern Rand des Musc. rectus abdominis und dann die resecierte Aponuerose sowie die Musculatur zu nähen.

Für ältere und sterile Frauen kann die Incision und Naht in der Linea alba empfohlen werden, wenn man während und nach der Operation die Bedingungen erfüllen kann, die für eine gute Wundheilung erforderlich sind.

Im Falle einer Secundärnaht müssen Incision und Naht immer in die Musculi recti verlegt werden.

6. Das am meisten in Anwendung gezogene Nahtmaterial ist Seide und Catgut, Silberdraht und Fil de Florence.

Alle diese Nahtmaterialien sind gut, alle können gut sterilisiert werden; indessen ist Seide und Catgut vorzuziehen.

7. Die beste Nahtmethode ist die Etagennaht; man muss ferner der continuierlichen Naht vor der Knopfnaht den Vorzug geben, wenn man das Peritoneum, die Aponeurose der Linea alba, d. h. falls man solche nicht resecciert hat, die tiefe Muskelfascie, die Musc. recti und die oberflächliche Muskelfascie getrennt näht und zuletzt die Haut mit subcutanem Fettgewebe.

8. Um eine solide Narbenbildung zu erzielen, muss die Operierte eine Reihe von Vorschriften beobachten und dies eine geraume Zeit.

Diskussion etc.

Byford (Chicago). Vor Allem soll man jede Infection der Wunde vermeiden; ausserdem ist jede mechanische Schädigung der Wundflächen während der ganzen Dauer der Operation auf ein Minimum zu reducieren, da sonst die Vitalität der Gewebe abnimmt.

Die Incision ist in der Medianlinie anzulegen und es soll vor Allem eine feine Narbe erstrebt werden. Bei der Technik der Abdominalnaht kommt es hauptsächlich auf eine starke Fasciennaht an.

B. näht zuerst Peritoneum, dann die Fascie und Muskulatur, dann folgt die Hautnaht. Knopfnähte mit Silkworm in Distanzen von je 3 cm.

Edebohls (New-York). Der Widerstand der Bauchnarben liegt in recht breiten Contaktflächen der zusammengenähten Bauchwunde.

Er spaltet demnach beiderseits die mediale fibröse Bedeckung der Musculi recti; dadurch werden die in der Medianlinie einander gegenüberliegenden Seiten der Musculi recti freigelegt. Beim Schluss der Bauchwunde näht er alsdann Peritoneum an Peritoneum, Muskulatur an Muskulatur; dann folgt die Fasciennaht und zum Schluss die Hautnaht. Als Nahtmaterial gebraucht E. 40 Tage haltendes Chromsäurecatgut, ausser für die Haut.

Doran (London). Vor Allem soll man für die exacte Vereinigung anatomisch zusammengehöriger Gewebe sorgen. Oefters stülpt sich das Peritoneum zwischen die Wundflächen ein. D. empfiehlt deshalb vor der Bauchnaht das überflüssige Peritoneum zu kürzen. Als Nahtmaterial bedient er sich des Catgut. Er macht zuerst eine fortlaufende Peritonealnaht; alsdann eine fortlaufende Muskelnaht und eine ebensolche der Fascie. Was die Nachbehandlung anbelangt, so muss man dem Einfluss des nach der Operation auftretenden Erbrechens durch gute Verbände zu paralysieren suchen.

Zur Vermeidung von Hernien in späteren Zeiten soll eine Bandage Monate lang getragen werden.

Gill Willie (New-York). Hernien in der Linea alba sind vielfach Folge von Abscessen.

Man muss sich bemühen, solche Abscesse zu verhüten. Praedisponierend für dieselben ist starke Kompression der Gewebe namentlich der Muskeln durch transversale Näthe. Peritoneum, das sich zwischen die Wundflächen einstülpt, ist der Verklebung derselben hinderlich. Das Hauptgewicht muss auf eine gute Fasciennaht gelegt werden. Diese Naht darf niemals fortlaufend angelegt werden, da dieselbe sonst bei beginnender Eiterung die Infection weiter leitet.

Pozzi (Paris) referiert durch seinen Assistenten Dr. Thayle:

1. Die Incisionen müssen so klein als nur möglich angelegt werden.

2. Die anatomisch zusammengehörigen Gewebe sollen möglichst exakt wieder aneinander gebracht werden.
3. Bei grossen Individuen müssen möglichst breite Wundflächen der einzelnen Gewebeschichten aneinander gebracht werden.

S. Coelho (Lissabon). C. hält die alle Schichten umgreifende Naht mit Seide für die beste.

Kummer (Genf) referiert über Experimente an Tieren, wonach sich die Etagennaht, mit Seide ausgeführt, am besten bewährt hat.

Engström (Helsingfors) legt ein Hauptgewicht auf exakte Vereinigung anatomisch zusammengehöriger Gewebe. Ausserdem darf sich kein Peritoneum zwischen die Bauchwunden einstülpen. Gute Erfolge erzielt man, wenn ausserdem die Asepsis und die Blutstillung tadellos sind.

Queirel (Marseille) näht das Peritoneum mit Catgut, die Fascie und Haut mit platter Seide. Er näht in der letzten Zeit in die Wundflächen Stücke von dekalziniertem Knochen ein und will damit gute Resultate erzielt haben.

Condamin (Lyon) empfiehlt zur Vereinigung der Bauchwunde oberhalb des Nabels die Korsetnaht. Der Faden wird in gleicher Weise locker durch die beiden Wundflächen durchgezogen, wie die Schnur im Korset. Durch allmählig stärkeres Anziehen der Schlingen bringt man die zu vereinigenden Wundflächen mit Leichtigkeit aneinander.

Amann jun. (München). A. verbindet durch eine neue Nahtmethode die Vorteile der Etagennaht (exaktes Aneinanderliegen der anatomisch zusammengehörenden Gewebe) mit den Vorteilen der Massennaht (geringe Kompression der Gewebe und Aneinanderliegen breiter Wundflächen.) Die Naht dringt auf der einen Seite durch Haut, Fascie, Muskulatur und Peritoneum, auf der anderen Seite vom Peritoneum her durch Peritoneum, Muskulatur und Fascie.

Anstatt wie bei der gewöhnlichen Massennaht durch Fettgewebe und Haut weitergeführt zu werden, geht die Naht wieder auf die Seite der Einstichstelle, fasst aber hier nur die Fascie. In gleicher Weise gelangt sie nur durch die Fascie der Ausstichstelle und von da durch Fettgewebe und Haut auf die Oberfläche. Bei Entfernung der Naht ist die Schlinge auf der Seite der Austrittsstelle zu lösen. Durch diese Naht vermeidet Amann auch die Nachteile der Etagennaht. (Liegenbleiben der Naht mit nachträglichem Ausstossen der Nähte), sowie die Nachteile der Massennaht (ungenügender Kontakt zusammengehöriger Gewebe).

Rapin (Lausanne) empfiehlt im Interesse der Aesthetik die Haut quer zu incidieren und nur die tiefer gelegenen Gewebe in der Linea alba zu öffnen. (Diese Methode ist identisch mit Küstners Querschnitt, worauf R. übrigens aufmerksam macht).

Latzko (Wien) demonstriert eine Serie interessanter mikroskopischer Querschnitte durch die Bauchnaht verstorbener laparatomierter Frauen. Aus den Bildern ergiebt sich, dass bei Massennaht eine Vereinigung zusammengehörender Gewebe in anatomischer Hinsicht gar nicht zu Stande komme. Einzig bei Etagennaht wird die Narbe von Fascie und Muskeln so fein, dass dieselbe makroskopisch nicht zu erkennen ist. Bei Massennaht haben wir breite Narbenmassen. Zur Entlastung der Bauchnarbe macht L. in der letzten Zeit die Incision der Haut links, die Incision der tieferen Gewebe rechts vom Nabel.

Rein (Kiew). Bei Frauen, die nicht geboren oder nicht oft geboren haben, sind die Muskeln noch sehr widerstandsfähig, und es genügt in solchen Fällen eine einfache Massennaht. Allein bei Frauen, die vielfach geboren haben und an und für sich eine Diastase der Recti und vor der Operation eine mehr oder weniger ausgedehnte Bauchwand haben, bedarf man einer fortlaufenden Etagennaht.

Bantok (London) Schlusswort: Es bestehen bezüglich der Incisionsstellen, des Nahtmaterials und der Asepsis noch grosse Differenzen. Einzig darüber konnte man sich einigen, dass zu einer soliden Bauchwunde die Adaptierung anatomisch zusammengehöriger Gewebe unbedingt notwendig ist.

IV. Ueber die relative Häufigkeit und die hauptsächlichsten Formen des engen Beckens in den verschiedenen Ländern und Gegenden.

1. Referat von Fancourt Barnes (London).

In der Königlichen Frauenklinik von London fanden sich während 10 Jahren

unter einer Gesammtzahl von 38065 Schwangeren, wobei die äusseren und inneren Masse nach ein und demselben System abgenommen wurden:

150 Fälle von plattem Becken mit einer Conj. vera von weniger als 9,5 cm.
45 Fälle von allgemein und regelmässig verengtem Becken mit einer Conj. vera von weniger als 10 cm.
0 osteomalacisches Becken.

Während 10 Jahren wurden folgende Operationen ausgeführt:

74 mal Wendung
196 mal Zange
15 mal Craniotomie
0 Sectio caesarea.

Diese Ziffern zeigen, dass in der königl. Klinik zu London die Verengungen keine grosse Rolle spielen.

2. Referat von Dohrn (Königsberg).

1. Innerhalb der Grenzen des deutschen Reiches besteht eine wesentliche Differenz in der Frequenz des engen Beckens nicht. Hierfür liegen hinreichend genaue Beobachtungen vor.

2. Die Frequenz des engen Beckens schwankt, wenige Extreme ausgenommen, zwischen 12 und 18 Prozent. Diese Zahl würde sich bei genauer und generell durchgeführter Messung voraussichtlich auf 20 Prozent erhöhen.

3. Die häufigsten unter den engen Becken sind die rhachitischen.

4. Der Grad der Verengerung ist sowohl bei den rhachitischen, wie auch bei den nicht rhachitischen Becken in der grössten Anzahl ein mässiger.

5. Im allgemeinen ist die Frequenz der allgemein gleichmässig verengten Becken geringer als die der platten.

6. Das osteomalacische Becken kommt nach unserer Zusammenstellung nur sehr selten vor. (Vgl. die Uebersichtstabelle S. 462!)

3. Referat von Fochier (Lyon).

Aus Untersuchungen, die sich beziehen auf 120 Becken, die ohne besondere Auswahl auf dem Secirsaal in Lyon untersucht wurden und aus Untersuchungen von

105 Schwangeren, während des Jahres 1895 fand man
21,66 pCt. verengte Becken (anatomische Ziffer) und
21,11 pCt. verengte Becken (klinische Ziffer)

In der grossen Mehrzahl der einfach platten Becken und in einer grossen Zahl von allgemein verengten Becken konnte keine Spur von Rhachitis nachgewiesen werden.

Die Mehrzahl der verengten Becken kann nicht als das Resultat von pathologischen Veränderungen aufgefasst werden, sondern als Varietäten der Entwicklung.

Diese Thatsache trifft ganz besonders für die platten Becken zu, weniger ausgesprochen ist sie für das allgemein verengte Becken.

4. Referat von Kufferath (Brüssel).

K. referiert über das Material des St. Elisabeth-Hospital in Antwerpen (Dr. Sweerts), über das Material der Frauenklinik von Lüttich (Prof. Charles), über die Hebammenfrauenklinik von Brüssel (de Moerloose) und über die Universitätsfrauenklinik von Brüssel (Kufferrath).

In Belgien kommen auf 23 091 Geburten

419 Fälle von engem Becken, also 1,81 pCt.;
2 Fälle von osteomalacischem Becken 0.009 pCt.
6 Fälle von schräg verengtem Becken 0.03 pCt.

Einfache platte Becken:

in Antwerpen auf 2298 Geburten 6 platte nicht rhachitische Becken
in Lüttich auf 4571 „ 113 „ „ „ „
in Brüssel auf 5000 „ 22 „ „ „ „

Also auf 11 869 Geburten 141 platte, nicht rhachitische Becken.

Platte, rhachitische Becken (einfach platte, allgemein verengte und unregelmässig verengte):

Uebersichts-Tabelle über eine Zusammenstellung von 17 Lehranstalten Deutschlands, in denen fortlaufend genaue Beckenmessungen vorgenommen worden sind. (Zu Dohrn.)

Nummer.	Anstalt	Gesamtzahl.	Enge Becken.	Prozentzahl.	Platte Becken.									Allgemein gleichmässig verengte Becken.			Bemerkungen.
					Einfach platte Becken.						Allgemein verengte platte Becken.						
					nicht rhachitischen Ursprungs.			Rachitischen Ursprungs.									
					Gesamtzahl.	dar. solche m. ein. conj. vera von 8—9,5 cm	solche mit einer conj. vera unter 8 cm	Gesamtzahl	dar. solche m. ein. conj. vera unter 8–9,5 cm.	solche mit einer conj. vera unter 8 cm.	Gesamtzahl.	dar. solche m. ein. conj. vera unter 8–9,5 cm.	solche mit einer conj. vera unter 8 cm.	Gesamtzahl	dar. solche m. ein. conj. vera von 9—10 cm.	solche mit einer conj. vera unter 9 cm.	
1	Berlin, Olshausen	1000	76	7,6	15	15	—	19	17	2	20	18	2	22	21	1	
2	Berlin, Martin, Poliklinik	2849	455	15,9	160	153	7	85	82	3	73	66	7	137	95	42	
3	Bonn	2000	266	13,3	34	—	—	94	71	23	40	29	11	49	32	17	
4	Breslau, Spiegelberg	597	83	13,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
5	Erlangen	1892	264	14,6	92	92	—	93	91	2	17	11	6	62	60	2	
6	Giessen	1531	178	11,6	95	90	5	43	27	16	40	31	9	92	68	24	
7	Göttingen	660	119	18,0	5	5	—	60	58	2	37	36	1	17	14	3	
8	Greifswald	1594	98	6,1	68	65	3	22	15	7	5	—	5	3	—	3	
9	Heidelberg	250	31	12,4	2	2	—	10	9	1	13	11	2	6	6	—	
10	Kiel, Litzmann	1000	149	14,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	L. Die Formen des engen Beckens. Berlin 1861.
11	Königsberg	570	127	22,3	36	36	—	21	21	—	15	13	2	55	34	12	
12	Leipzig	5399	973	18,0	612	527	85	218	170	48	42	23	19	289	276	13	
13	Marburg	3214	546	17,0	155	?	?	113	87	26	53	31	20	225	92	9	
14	München, Hecker-Gregory	300	58	19,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Archiv für Gynäkolog. Bd. XII, Heft 1.
15	Rostock	1128	88	7,9	36	34	2	5	4	1	7	5	2	40	34	6	
16	Tübingen	3125	486	15,5	302	297	5	80	67	13	49	39	10	55	32	23	
17	Würzburg	3000	361	12,0	149	143	6	66	44	18	8	2	6	38	25	13	
		30109	4358	14,5	1761	1459	113	929	763	166	419	315	102	1090	798	168	

in Antwerpen auf 2228 Geburten 5 Fälle dieser Kategorie.
in Lüttich auf 4571 „ 45 „ „ „
in Brüssel auf 5000 „ 49 „ „ „
Also auf 11869 Geburten 99 Becken dieser Kategorie d. h. 0,83 pCt.
Allgemein regelmässig verengte Becken.
Auf 11869 Geburten 6 Fälle d. h. 0.05 pCt.
Die oben angegebenen Zahlen sind aus verschiedenen Gründen nicht genau.

Bezüglich der zweiten Frage: Welches sind die nötig gewordenen Eingriffe in den letzten 10 Jahren bezüglich der verschiedenen Grade und Formen der Beckenverengung? giebt K. nur seine persönliche Ansicht.

I. Einfach platte Becken von 11—9 cm Conj. vera.
A. Frühgeburt: Keine Eingriffe.
B. Am Ende der Schwangerschaft.

1. Lebende Frucht. Spontane Geburt; Zange sofern der kindliche Schädel die Verengung passiert hat, oder wenn der Müller'sche Handgriff anzeigt, dass das Becken nicht zu eng ist, auch in den Fällen, in welchen der Kopf beweglich über der Becken-Eingangsebene bleibt, trotz langer Wehenthätigkeit; in ganz aussergewöhnlichen Fällen die Symphysiotomie.
2. Todte Frucht: Zange, wenn die Zangenapplication schwierig die Embryotomie (Basiotripsie).

II. Einfach platte Becken von 9—7 cm Conj. vera.
A. Frühgeburt: Künstliche Frühgeburt mit $7^1/_2$ Monaten.
B. Am Ende der Schwangerschaft.

1. Lebendes Kind: Es kann spontane Geburt erfolgen, wenn das Kind klein ist, sehr oft Zange oder Wendung.
Unter $8^1/_2$—9 cm Conj. vera ist die Zange und Wendung gefährlich und die Symphysiotomie vorzuziehen.
2. Totes Kind: Embryotomie.

III. Einfach platte Becken von 7—5 cm Conj. vera.
A. Frühgeburt: Künstliche Frühgeburt, combiniert mit Symphysiotomie.
B. Am normalen Schwangerschaftende.

1. Lebendes Kind: von ca. $6^1/_2$ bis 7 cm kann man die Symphysiotomie machen; sie ist aber wegen der Spreitzung der Symphyse gefährlich.
Von $6^1/_2$ bis 5 cm Sectio caesarea oder Porro.
Die Embryotomie am lebenden Kinde ist nur dann angezeigt, wenn die Sectio caesarea verweigert wird oder wenn die Mutter sich in schlechten Gesundheitsverhältnissen befindet.
2. Todtes Kind: Embryotomie.

IV. Einfach platte Becken unter 5 cm Conj. vera.
Am Ende der Schwangerschaft, sei das Kind lebend oder todt, die Sectio caesarea oder Porro.
Der künstliche Abort nur dann, wenn die Sectio caesarea verweigert wird.

5. Referat von Lusk (New-York).

Die Beckenverengungen sind bei der einheimischen Bevölkerung sehr selten. Sie beziehen sich nur auf
1. ganz leichte Grade von plattem Becken,
2. allgemein regelmässig verengte Becken,
3. Varietäten von kyphotischen und skoliotischen Becken. Das rachitische Becken ist beinahe unbekannt.

Osteomalacie giebt es nicht.

6. Referat von Pawlik (Prag).

Unter 29615 Schwangern, bei denen die äussere und innere Beckenmessung nach ein und demselben System vorgenommen worden war, fand man 1748 Fälle von platten Becken mit einer Conj. von unter 9,5 cm, d. h. in 5,9 pCt. der Fälle; man fand des Weiteren 570 Fälle von allgemein gleichmässig verengten Becken, Conj. vera unter 10 cm, oder in 1,92 pCt. der Fälle; 41 osteomalacische Becken, gleich einer Frequenz von 0,14 pCt.

7. Referat von Pestalozza (Florenz).

Unter 7962 Schwangern der Florentiner Klinik fand man in 2437 Fällen den Diameter Baudelocque unter der Norm.

Bei 1444 Frauen konnten Becken-Anomalien nachgewiesen werden, also in 18,13 pCt.

Unter 770 verengten Becken konnte Rachitis 339 Mal nachgewiesen werden; 145 der Becken waren platte, nicht rachitische Becken und 286 Mal diagnostiziert wurden allgemein gleichmässig verengte Becken; 50 Becken wiesen Kyphose, Kypho-Skoliose etc. auf.

664 Becken konnten nicht klassifiziert werden. Nur einmal konnte Osteomalacie nachgewiesen werden und hatte selbe auf den Fortgang der Geburt absolut keinen Einfluss.

Von den 1444 Frauen, bei denen Beckenverengungen nachgewiesen werden konnten, gebaren 1391 in der Klinik und waren dabei 393 Operationen notwendig, als:

	Zangen	159
	Wendungen	38
	Extraktionen	42
Künstlich eingeleitete	Frühgeburten	59
	Embryotomie	46
	Symphysiotomie	3
	Kaiserschnitte	14
		361

Von den 1391, die in der Klinik gebaren, starben 8 und zwar
3 an Puerperalfieber,
3 nach Sectio caesarea,
1 in Folge Uterusruptur nach Wendung,
1 in Folge Verblutung nach Symphysiotomie.

95 Kinder gingen während der Wehenthätigkeit oder in Folge der Operationen zu Grunde.

8. Referat von Treub (Amsterdam).

Unter 22 955 Geburten fand T. 816 enge Becken, also 3,5 pCt., unter diesen 816 engen Becken fanden sich
657 platte Becken (2,8 pCt.) mit einer Conj. vera von wenigstens 9,5 cm.
59 allgemein, regelmässig verengte Becken (0,7 pCt.) mit einer Conj. vera von wenigstens 10 cm.
Kein Fall von Osteomalacie.

Was die nötig gewordenen Operationen anbetrifft, so wurde die Zange nur dann angelegt, wenn der kindliche Schädel wenigstens zur Hälfte die Beckeneingangs-Ebene passiert hatte; war dies nicht der Fall, so wurde die Wendung auf die Füsse ausgeführt.

Die Symphysiotomie wurde in Holland nur ein Mal ausgeführt.

Für die mässig verengten Becken wurde die künstliche Frühgeburt in Anwendung gezogen.

Die obere Grenze für diese Operation ist bei den platten Becken $8^1/_2$ bis 8 cm und für die allgemein verengten Becken $9^3/_4$ bis $8^3/_4$ cm; die untere Grenze ist bei 7,5 bis 7 cm resp. bei $9^1/_4$ bis $8^1/_2$ cm.

Die relative Indication zu Sectio caesarea wird in Holland anerkannt; man macht in solchen Fällen nicht die Perforation.

9. Referat von Rein (Kiew).

Unter 55 000 Schwangeren fand man 2 205 mal Becken mit einer Conjugata vera von 9,5 bei platten Becken und 10 cm bei allgemein, regelmässig verengten Becken, was 4 pCt. enge Becken ausmacht. Die Gesammtzahl von engen Becken, einbezogen geringe Verengerungen, ist für Russland dieselbe, wie für die anderen Länder.

In der Kiew'schen Klinik fand man 14,1 pCt. enge Becken
in der Petersburger Frauenklinik 13,5 pCt. enge Becken und
in der Frauenklinik der Grossherzogin Helene Pawlowna 17,7 pCt. enge Becken.

Im allgemeinen sind hohe Grade von Becken-Verengungen in Russland sehr selten; auf 54 000 Frauen fanden sich solche nur 457 mal, also in 0,8 pCt. der Fälle.

Das Kaiserschnittbecken ist sehr selten.

Die Osteomalacie konnte nur in 4 Fällen nachgewiesen werden, also in 0,007 pCt.

Diese Ausführungen sind weit davon entfernt, Anspruch auf Exactheit machen zu können.

R. schlägt deshalb vor eine Commission zu ernennen, der die Aufgabe zufiele für den nächsten Congress ein allgemeines Programm bezüglich der Untersuchungen der engen Becken aufzustellen; dieses Programm sollte exakter und detaillierter sein, als das bisherige, besonders was die Untersuchungsmethoden anbetrifft.

Endlich schlägt R vor, die Untersuchungen an dem Leichenmaterial der verschiedenen Nationalitäten vorzunehmen.

Diskussion etc.

Morisani, Neapel.

1. Die rhachitischen Becken sind viel häufiger bei den Frauen in den Städten zu finden als bei denjenigen auf dem Lande.
2. Die Statistik zeigt, dass die rhachitischen platten Becken häufiger sind, als die platten nicht rhachitischen Becken.
3. Die osteomalacischen Becken wurden auch an Orten gefunden, die sich guter hygienischer Verhältnisse erfreuen.
4. Es besteht keine einheitliche Classification; ohne eine solche können aber die aufgeworfenen Fragen nicht gelöst werden.

Audebat (Bordeaux). Unter 50 Frauen konnte 37 mal leichte Beckenverengung nachgewiesen werden.

13 mal musste operativ eingeschritten werden. In therapeutischer Hinsicht gilt der Grundsatz, dass man bei mässigen Graden von Becken-Verengung zuwarten soll.

Latzko (Wien).

1. Die Frequenz bei engen Becken ist aus viel zu wenig Fällen gezogen.
2. Die verschiedenen Geburtszahlen beziehen sich auf viel zu verschiedene Zeiten.
3. Die Art der Messung ist ungenügend,
4. Verschiedene Geburtshelfer ein und desselben Ortes kamen zu ganz abweichenden Ergebnissen; wir werden zu verwendbaren Resultaten nur dann kommen, wenn man angiebt, unter welchen Verhältnissen die Schwangeren aufgenommen wurden und von welcher Art die Messung war.

Man soll die Untersuchung an Schwangeren machen. L. hat in 5 Jahren 12 Fälle von Osteomalacie beobachtet.

4 männliche Osteomalacien
5 virginelle „
3 bei Nulliparen

L. demonstriert zwei osteomalacische Becken:

1. Frühform der Osteomalacie und
2. osteomalacisches Becken mit geringer Verengung des queren Durchmessers des Becken-Einganges.

Bezüglich der Therapie der Osteomalacie vertritt L. die Verabreichung von Phosphor.

Queirel (Marseille). Bei 427 Becken, gemessen an der Lebenden während der Schwangerschaft, fand Q. 31 mal den Diameter Baudelocquii unter 19 cm., 396 mal über 19 cm.

Bei Becken von 17—18 cm. war das Promontorium 6 mal zu erreichen, ebenso bei Becken von 18—19 cm. Auf 19 Beckenverengungen kommen 10 der französischen und 9 der italienischen Rasse.

Krajewska (Bosnien). K. beobachtete unter 1245 Frauen 11 mal Osteomalacie, und zwar bei der armen einheimischen Bevölkerung. —

Die Unzulänglichkeit der beigebrachten Zahlen wird allgemein anerkannt; es wird deshalb beschlossen, die Frage auf dem nächsten Kongress nochmals zu prüfen und diesen weiteren Untersuchungen ein reichhaltigeres Programm zu Grunde zu legen.

V. Die Behandlung der Eklampsie.

1) Referat von Charles (Lüttich).

1. Ebensowenig wie die Eklampsie der Kinder, ist die Puerperal-Eklampsie eine selbständige Krankheit. Wie jene unterliegt sie verschiedenen Ursachen und ist je nach denselben mehr oder weniger gefährlich.

2. Diese Krankheitserscheinung kann einfach reflektorischer Natur sein; nach der Theorie Traube-Rosenstein kann sie auch das Resultat einer Cirkulationsstörung sein; doch ist sie meistenteils durch Vergiftung des Bluts und der Gewebe herbeigeführt (Toxämie). Dieselbe rührt gewöhnlich von einer Anhäufung von Desassimilationsstoffen (Toxinen) im Organismus her, welche unter normalen Verhältnissen von den Hauptausscheidungsorganen (Niere, Leber) eliminiert werden, Organe, deren Funktionen durch verschiedene Verletzungen gehemmt oder gestört sind. —

3. Bei den meisten schwangeren Frauen findet im Normalzustand in gewissem Grade eine ähnliche Autointoxication statt. Denn trotz lebhafterer Assimilation enthält der Urin weniger Harnstoff u. s. w., als ausserhalb der Schwangerschaft. Das ist die gewöhnliche Autointoxication in der Schwangerschaft.

4. Wenn die Nieren, die Leber u. s. w. verletzt sind und unregelmässig funktionieren, so ist die Toxin-Anhäufung um so ausgeprägter und kann zu schweren Folgen führen, von denen die Eklampsie eine der wichtigsten ist.

5. Es können auch andere schwere Folgen (Dyspnoe, Coma, Paralyse) ohne Konvulsionen eintreten und den Tod herbeiführen.

6. Die Toxämie renalen Ursprungs ist die gewöhnlichste und fällt meist mit Albuminurie und verschiedenen Oedemen zusammen.

Die Albuminurie ist nicht als Ursache der puerperalen Eklampsie zu betrachten, sondern einfach als Krankheitssymptom desselben Ursprungs.

7. Die Erfahrung lehrt, dass in den meisten Fällen die toxämische Eklampsie sich bei Frauen zeigt, die mehr oder weniger, oft sogar sehr an Albuminurie mit Oedem leiden. Diese ist folglich ein recht wichtiges, nicht zu vernachlässigendes Vorzeichen, das meiner Meinung nach sogar in erster Linie die Aufmerksamkeit des Praktikers auf sich lenken muss, vor allem, wenn man ein Oedem der unteren Extremitäten, der Schenkel, Hände und des Gesichts beobachtet.

8. Meine Statistiken ergeben,

a) 1 Eklamptische auf 151 Entbindungen mit einer Sterblichkeit an Eklampsie der Mutter von 24,42 % und des Kindes von 41,83 %;

b) es kommt eine Eklamptische auf 92 Primiparae und nur eine auf 373 Multiparae; doch ist die Gefahr viel grösser bei letzteren als bei ersteren (27,65 pCt. und 23,37 pCt.);

c) die Eklampsie ist viel gefährlicher während der Schwangerschaft und während der Entbindung als nach derselben.

d) auf 40 Frauen kommt ungefähr 1 albuminurische (1 : 25 Primiparae und 1 : 75 Multiparae) und von 4 albuminurischen leidet 1 an Eklampsie (1 : $8^1/_2$ Primiparae und 1 : 7 Multiparae);

e) die Eklampsie ohne Albuminurie ist selten (1 Primipara, 9 Multiparae) und nach meinen Beobachtungen bricht sie dann nach der Entbindung aus und alle Kranken heilen;

f) die Albuminurie ohne Eklampsie ist sehr oft von mehr oder weniger schweren und selbst tötlichen Erscheinungen begleitet (auf 110 Fälle kommen 8 Todesfälle der Frauen, 20 tote Kinder. 61 Frühgeburten, 8 Hämorrhagien post-partum, 3 mal drohende Konvulsionen);

g) die medizinische Behandlung hat nur einen Wert zweiten Ranges bei der schweren toxämischen Eklampsie, die während der Schwangerschaft und der Entbindung ausbricht. Die Entziehung der mehr oder weniger toxischen Flüssigkeiten mittels Abführmitteln, Diaphorese, Aderlass mit nachfolgendem oder gleichzeitigem Ersatz auf verschiedenen Wegen (Magen, Rectum, Unterhautbindegewebe, Venen) in der Absicht, Blut und Gewebe auszuwaschen und von den Toxinen zu befreien, erzielt nur einen zweifelhaften Erfolg.

10. Die am meisten angewendeten Beruhigungsmittel (Chloroform, Morphin, Chloral) sind von reeller Wirksamkeit, erzielen aber keinen wirklichen Heilerfolg.

11. Die Beendigung der Entbindung ist in jedem Falle wünschenswert und ist dringend in den schweren Fällen. Man muss also von Anbeginn der Erscheinungen demgemäss handeln, um die Entbindung, wenn nötig, hervorzurufen und immer um sie zu beschleunigen. In besonders dringenden Fällen darf man nicht zögern mit der künstlichen Gebärmutterhalserweiterung, (mittels der Finger, Einschnitte, hydrostatischer oder metallischer Dilatatoren), um das Kind ohne Verzug zu Tage zu befördern; wenn diese Entbindungsmanöver schwierig, zu lang oder unmöglich erscheinen ohne bedeutende Verletzungen, so entschliesst man sich zum Kaiserschnitt.

12. Die Eklampsie post-partum ist in der grossen Mehrzahl der Fälle leichter Art und erfordert nur Beruhigungsmittel in mittleren Dosen.

13. Die Prophylaxe muss die ganze Frage der puerperalen Konvulsionen beherschen; sie schliesst zunächst in sich die gewöhnliche Schwangerschafts-Hygiene, besonders das gute Funktionieren der Ausscheidungsorgane (Darm, Haut, Nieren); dann vor allem die Untersuchung des Harns auf Albuminurie.

14. Jede schwangere albuminurische Frau muss sich einer regelmässigen mehr oder weniger aktiven Behandlung unterwerfen, deren Grundlage die Milchdiät bildet.

15. In Fällen von Misserfolg oder dringender Gefahr ist die künstliche Frühgeburt angezeigt und liefert ausgezeichnete Resultate. In meiner Statistik sind alle Mütter geheilt und 75 pCt. der Kinder gerettet worden.

2. Referat von Charpentier (Paris).

1. Da einerseits jede Schwangere, deren Harn Eiweiss enthält, der Gefahr ausgesetzt ist von Eklampsie befallen zu werden, andererseits die Milchdiaet bei Bright'scher Nierenerkrankung wie auch ganz besonders bei Schwangerschaftsniere ausgezeichnete Resultate zeitigt, so muss der Harn jeder schwangeren Frau mit der peinlichsten Sorgfalt untersucht werden. — Hat man die Gegenwart auch nur minimaler Mengen von Albumen nachweisen können, so muss auf absolute d. h. ausschliessliche Milchdiaet gedrungen werden. Wir erreichen damit eine Praeventiv-Behandlung „par excellence".

In allen den Fällen, in denen die Schwangeren Oedeme ohne Albuminurie aufweisen, ist es, wenn auch nicht absolut notwendig, so doch angezeigt, die Milchdiaet zu verordnen.

2. In jedem Falle von Eklampsie soll man zu Beginn der Behandlung einen Aderlass von 300—500 gr. ausführen, vorausgesetzt, dass die Kranke von starker und zäher Constitution und dass sie cyanotisch ist. Nachher soll man die Chloralbehandlung nach der von mir angegebenen Vorschrift in Anwendung ziehen und des weiteren „per os" oder im Notfall mittels Magensonde Milch verabreichen.

3. Die eklamptischen Anfälle selbst werden durch Chloroform-Inhalationen bekämpft, während man zugleich die Diurese durch subcutane Injection physiologischer Kochsalzlösung begünstigt.

4. Ist die Kranke von schwächlicher Beschaffenheit, ist die Cyanose wenig ausgesprochen, sind die eklamptischen Anfälle nicht zahlreich, so begnügt man sich mit der Chloralbehandlung.

5. So oft es nur immer angeht, soll man zuwarten bis die Wehen spontan einsetzen und soll die Geburt möglichst ohne Kunsthülfe beendigen.

6. Wurden Wehen constatiert, kommt die Geburt also trotzdem nicht zu Ende, da die Uteruskontraktionen zu schwach sind oder in zu grossen Intervallen auftreten, so muss die Zange appliciert oder die Wendung gemacht werden, welcher letzterer die Extraktion folgt, wenn das Kind lebt; ist dieses bereits abgestorben so kommt die Cephalotomie, die Basiotripsie oder Cranioclasie in Anwendung.

7. Um operativ einschreiten zu können, muss man so lange zuwarten, bis die mütterlichen Weichteile derart vorbereitet sind, dass ein Eingriff ungestraft vorgenommen werden kann, d. h. ohne Verletzung und ohne Gefahr für die Mutter. (Völlige Erweiterung oder zum mindesten Dilatationsfähigkeit der Cervix.)

8. Die künstliche Frühgeburt soll für Ausnahmsfälle reserviert bleiben.

9. Die Sectio caesarea, sowie das Accouchement forcé dürfen nicht als landläufige Operationen bei der Behandlung der Eklampsie in Betracht kommen

und sind nur dann gerechtfertigt, wenn jede Art medikamentöser Inangriffnahme fehlgeschlagen oder das mütterliche Leben dem Tode verfallen zu sein scheint, das heisst als letzte Hülfe in verzweifelten Fällen.

3. Referat von Halbertsma (Utrecht).

Betreffs der Theraphie der Eklampsie scheint mir die wichtigste Frage die folgende zu sein: Soll man am Ende der Schwangerschaft oder bei Eintritt der Wehenthätigkeit zuwarten oder die Geburt beschleunigen?

Wir wollen uns nur mit dieser Frage beschäftigen

In den bereits früher angeführten Fällen wird der Geburtshelfer im grossen und ganzen dann aktiv einschreiten, wenn folgende Verhältnisse gegeben sind:

1. Wenn die Prognose eine sehr ernste ist, in Folge sehr häufiger und sehr ausgesprochener eklamptischer Anfälle oder in Folge absoluter Anurie.

2. Wenn man keine Anhaltspunkte hat, ob die Wehenthätigkeit einsetzt oder nicht.

3. Wenn man Grund hat anzunehmen, dass die Wehen einmal begonnen, lange dauern, wie bei Erstgebärenden, sei es, dass wir mit einer älteren Person zu thun haben, sei es, dass eine Zwillingsschwangerschaft besteht oder eine Beckenverengung.

Man muss davon abraten, mit einem aktiven Einschreiten so lange zu warten, bis der Puls frequent und schwach geworden ist, wenn man auch zugeben muss, dass selbst unter solchen Bedingungen günstige Resultate erzielt werden können.

Am Ende der Schwangerschaft wird der Geburtshelfer mit Vorliebe zur Sectio caesarea greifen. Im Beginne der Wehenthätigkeit wird man tiefe Cervixincisionen machen, nach der von Dührssen angegebenen Methode.

4. Referat von J. Veit (Leyden).

1. Es ist unmöglich, nach dem bisher vorliegenden Material eine einheitliche Behandlung der Eklampsie zu empfehlen.

2. Es giebt eine grosse Zahl von Eklampsien, die bei jeder Therapie zur Genesung gelangen.

3. Der Beweis, dass eine gewaltsame Entbindung in tiefer Narkose (Erweiterung der Geburtswege durch Gummiblasen oder Einschnitte, oder Ausführung des Kaiserschnittes) die Prognose wesentlich bessert, ist noch nicht erbracht.

4. Die neueren Berichte über Erfolge des Aderlassens sind noch nicht zahlreich genug, um urteilen zu können.

5. Die Resultate, welche bei systematischer Anwendung grosser Morphiumgaben erreicht sind, scheinen die sonst erreichten erheblich zu übertreffen.

6. So lange nicht die Pathologie der Eklampsie geklärt ist, giebt es für uns keine rationelle Therapie; ist doch eine verschiedene Entstehung der Erkrankung mehr als wahrscheinlich.

7. Beschleunigung der Geburt auf gefahrlose Weise, Blasensprengung, Entbindung nach völliger Erweiterung der Weichteile, Darreichung grosser Morphiummengen behufs Unterdrückung der Anfälle, Vermeidung der Aufnahme von jeglichen Substanzen per os bei unbesinnlichen Kranken, Anregung der Diaphorese durch äussere Mittel scheint den meisten Erfolg zu versprechen.

8. Es liegt kein Grund vor, die Eklampsie an sich für so bedenklich zu halten, um prinzipiell eingreifende Operationen, die höchstens in der Hand sehr Geübter Erfolg versprechen, aber nicht Sache jedes Arztes sein können, zu empfehlen.

9. Für ausnahmsweise Fälle kann eine eingreifendere Operation geboten sein.

5. Referat von Mangiagalli (Mailand—Pavia).

1. Die vorbeugende Therapie ist höchst erspriesslich, indem sie jene Zustände beseitigt, welche wahrscheinlich Ausgang der Selbstvergiftung sind, und sie ist es um so mehr, je mehr der Kreis dieser Zustände sich vergrössert, vor allem durch die Albuminurie, besonders bei Erstgebärenden, aber ausserdem durch viele gastrische und nervöse Störungen. Die Milch in Verbindung von Mitteln, welche eine Darmdesinfection leisten, vermehrt die Diurese, steigert die Hautthätigkeit, regt die Herzkraft an, ist überhaupt das beste prophylactische Mittel gegen Eklampsie.

2. Die ärztliche Behandlung, sei sie durch den Aderlass oder durch drastische Mittel, durch das Morphium, das Chloral, durch das Veratrum viride, durch die diaphoretischen Mittel vertreten, ist eher eine symptomatische Behandlung, als eine solche der Krankheit selbst. Sie bildet jedenfalls die einzige bei der Eklampsie post partum mögliche Behandlung und ist eine kostbare Hilfe bei Erwartung der den geburtshilflichen Eingriff erlaubenden Bedingungen. Der Aderlass, gefolgt von subkutanen oder endovenösen Injektionen von physiologischer Lösung von Kochsalz, ist eine therapeutische Methode, welche auf rationellen Betrachtungen beruht und klinische Thatsachen zu ihren Gunsten hat; aber diese sind zu wenig zahlreich und erlauben bis jetzt noch kein richtiges Urtheil.

3. Die schnelle Entleerung der Gebärmutter bildet den wichtigsten Punkt in der Behandlung der Eklampsie, aber sie muss einerseits mit der Schwere des Falles, andererseits mit den Gefahren der künstlichen Geburt im Verhältniss stehen.

4. Bei der Eklampsie intra partum ist es eine gute Regel die Entbindung dann zu beendigen, wenn die Bedingungen dazu gegeben sind und jene vermittelst zahlreicher Einschnitte des Mutterhalses zu beschleunigen, wenn dieser verstrichen und die Ausdehnung ungenügend ist.

5. Bei der Schwangerschaftseklampsie ist die Einleitung der Geburt vermittelst des Eihautstiches und der Gebrauch von Morphium, Chloral oder Veratrum viride in starken Dosen angezeigt und um so nützlicher, je kürzere Zeit sie nach dem Ausbruche der Eklampsie verabreicht werden, bis die unter No. 4 angegebenen Bedingungen da sind. Wenn der Fall schwer und die Gefahr dringlich ist und man hat trotz des Eihautstiches und Anwendung der angegebenen Mittel keine Hoffnung bis zum Verstreichen des Mutterhalses zögern zu können, so kann meiner Meinung nach, wenn dieser weich und verkürzt ist, die verstärkte Ausdehnung eine ausgiebigere und leichtere Anwendung finden als die tiefen Einschnitte nach Dührssen. In den Fällen derselben Kategorie, wo der Cervix nicht gelockert ist, oder Bedingungen bestehen, welche den erwähnten Eingriff besonders schwierig oder kontraindiziert erscheinen lassen, kann der Kaiserschnitt gerechtfertigt sein, besonders dann, wenn die Frucht ausgetragen und am Leben ist.

6. Jeder operative Eingriff muss in tiefer Chloroformnarkose ausgeführt werden. —

6. Referat von Byers (Belfast).

Aetiologie und Pathologie der Eclampsie sind noch unerforscht; immerhin hat sich besonders bei den englischen Aerzten eine Aenderung der Ansichten in den beiden folgenden Punkten vollzogen.

1. Man glaubt nicht mehr, dass die Convulsionen immer durch eine Nierenerkrankung verursacht werden und

2. beim Zustandekommen der Convulsionen wird dem Einfluss des Foetus eine grosse Rolle zuerkannt.

Die wahrscheinlichste Hypothese für die Entstehung der Convulsionen ist, dass der mütterliche und kindliche Organismus ein Gift producieren, welches, wenn die Sekretionsorgane normal sind, ausgeschieden wird, aber, wenn sie es nicht sind, sich im Körper anhäuft und durch Einwirkung auf gewisse Nervencentren Convulsionen verursacht.

Gestützt auf diese Hypothese muss man sich fragen: wie soll der eclamptische Anfall behandelt werden?

Subcutane Morphiuminjectionen, Seitenlage der Kranken, Vorsichtsmassregeln, damit sich die Kranke nicht verletzt; Warmhaltung; Abführen; keine Darreichung von Getränken; warme Bäder zwischen den einzelnen Anfällen!

Es frägt sich weiter, wie das im Körper erzeugte Gift entfernt werden soll; es geschehe durch Abführen, warme Bäder, Warmhalten der Kranken, keine Darreichung von Getränken.

Wie sei die geburtshülfliche Behandlung?

Hat die Geburt noch nicht begonnen, so muss man gegen die Convulsionen einschreiten, ohne den Uterus zu reizen; befindet sich die Gebärende in der Austreibungsperiode, so verabreicht man Chloroform und beendet die Geburt.

In der Eröffnungsperiode kann man die Dilatation durch heisse Vaginaldouschen oder durch Einlegung der Dilatateure von Barnes und von Champetier de Ribes befördern.

Die prophylactische Behandung besteht in Ruhe, Milchdiaet, Abführen, warmen Bädern.

7. Referat von Parvin (Philadelphia), zu Gunsten der Behandlung mit Veratrum viride.

1. Die Eclampsie ist in den meisten, wenn nicht in allen Fällen, bedingt durch Toxämie. Die Anlässe zum Ausbruch der Krankheit sind augenscheinlich reflectorische und beruhen auf gesteigerter, nervöser Erregbarkeit, bedingt wieder rein durch die Blutveränderung, ohne welche ein Reiz keine Krämpfe auslösen würde; Ueberfüllung der Blase und der Därme, Schmerz etc. sind nicht wirkliche, sondern nur erregende Ursachen. Der Funken macht keine Explosion, ausser wenn er Pulver trifft.

2. Die Behandlung ist die beste, welche auf die wahre Ursache einwirkt und zugleich die Symptome beeinflusst.

3. Referent meint, dass kein Mittel die Indicatio causalis besser erfüllt, als das Veratrum viride; es setzt vor Allem die Pulsfrequenz herunter; kann der Puls aber auf 60 und darunter gehalten werden, so treten nur selten noch Krämpfe auf.

Es steigert auch die Hautthätigkeit, setzt die Temperatur herab, vermehrt die Harnabsonderung.

Schliesslich beweist die grosse Zahl der Heilungen, ungefähr 92% der Mütter, den Wert des Mittels.

Discussion etc.

Tarnier (Paris). Zur Prophylaxe der Eklampsie ist absolute Milchdiaet unbedingt notwendig. Versuche mit gemischter Kost gaben schlechte Resultate

Die Milchdiaet ist auch bei Frauen anzuwenden, welche während der Schwangerschaft nervöse Störungen, wie Kopfschmerz etc. zeigen.

T. berichtet über die Resultate seiner Klinik vom Jahre 1838 bis 1887. (Beobachtungen seiner Vorgänger.) Die Mortalität der Mütter belief sich auf 37 pCt.; 1889 bis 1891 behandelte er die Eklamptischen mit Chloroform, Chloral, Blutentziehung und hatte dabei selbst ebenfalls schlechte Resultate: Mortalität der Mütter 38 pCt. Von 1892—1895 behandelte T. die Eklamptischen mit Blutentziehungen, starken Abführmitteln, Chloroform, Chloral, sowie ganz besonders mit Milch, selbst mit der Magensonde eingeführt; es wurde für die Anstalts-Schwangeren eine strenge Prophylaxe mit Milchdiaet eingeführt, wodurch er für den angegebenen Zeitraum die Mortalität der Mütter auf 9 pCt. herabbrachte, einschl. der aus der Poliklinik aufgenommenen Fälle.

Seit Januar 1896 ist noch kein Eklampsie-Todesfall vorgekommen.

Lindfors (Upsala) zeigt mikroskop. Praeparate von versprengten Leberzellen, wie sie bei Eklamptischen durch den Blutkreislauf besonders nach Lungen und Hirn verschleppt werden. Er betont speziell, dass mit der Entleerung des Uterus die Anfälle keineswegs immer aufhören.

Pamard (Avignon). Prophylactisch wendet P. mit sehr gutem Erfolg absolute Milchdiaet an; bei Eklamptischen macht er zuerst eine starke Blutentziehung bis zu 1000 ccm, giebt nachher Chloroform bis zu 48 Stunden. Was die geburtshülfliche Behandlung anbelangt, so sucht er den Uterus in tiefer Narkose so rasch als möglich zu entleeren; hat die Geburt begonnen und ist der Muttermund genügend erweitert, so macht er Perforation, Zange oder Wendung; bei ungenügender Dilatation empfiehlt P. die künstliche Dilatation mit dem Ballon oder vermittelst manuellen Eingreifens.

Audebert (Bordeaux) macht Blutenziehungen und Kochsalzinfusionen; er betont ganz besonders, dass für diejenigen Eklamptischen, bei denen Icterus auftritt, die Prognose sehr schlecht zu stellen sei. Unter 34 Eklamptischen waren 4 icterisch und von diesen letzteren 4 starben 3.

Chaleix (Bordeaux) ist ebenfalls für die Chloroformbehandlung und Kochzalzinfusion.

Bossi (Genua). Es giebt Fälle, in denen man mit der medikamentösen Behandlung nicht auskommt. Unter solchen Umständen ist der Uterus sofort zu entleeren; so lange bei Primiparen der Cervicalkanal noch nicht eröffnet ist, bedarf man einer künstlichen Dilatation und, da oft sehr rasch dilatiert werden muss, so können wir uns nicht auf diejenigen Verfahren verlassen, welche den Cervicalkanal langsam dehnen.

B. hat daher ein dreiarmiges Instrument construieren lassen, mit welchem er vermittelst Hebelwirkung den Cervicalkanal einer Primipara in 20 Minuten so weit dilatieren kann, dass man sofort mit der Hand in den Uterus eingehen kann.

Das Instrument hat den Vorzug, dass man rasch die Geburt beendigen kann, ohne dabei schwere Blutungen zu erleben.

Queirel (Marseille) hat von 1890—1896 unter 1200 Schwangeren, nur 27 Eklampsiefälle beobachtet, welche sämtlich von aussen herein gebracht wurden.

Q. ist Anhänger des Tarnier'schen Verfahrens.

Morisani (Neapel). Es ist eine Thatsache, dass die Albuminurie der Schwangeren nach Absterben des Fötus schwindet; des Weiteren ist festgestellt, dass das Absterben des Fötus während der Eklampsie auch die eklamptischen Anfälle zum Stillstand bringt. Es bestehen demnach innige Beziehungen zwischen dem Leben der Frucht und der Auslösung eklamptischer Anfälle.

In der Behandlung der Eklampsie richtet er sich nach folgenden Grundsätzen:

Eklampsie im 4. und 5. Monat kann medikamentös behandelt werden; der künstliche Abortus ist zwecklos. Bei beginnender Geburt mit genügender Dilatation ist erstere sogleich mit Zange oder Wendung zu beendigen; desgleichen bei beginnender Frühgeburt im 8. und 9. Monat.

Ist der Cervikalkanal noch gar nicht erweitert, so muss eine künstliche Dilatation vorgenommen werden. Unter allen Verfahren ist das beste die manuelle Dilatation. Muss einmal wegen drohender Gefahren der Uterus möglichst schnell entleert werden, so zieht M. die Sectio caesarea den Dührssen'schen Incisionen vor, nicht etwa aus Furcht vor Sepsis und Blutungen, sondern aus Furcht vor dem Weiterreissen der Incisionen in das untere Uterinsegment, aus Furcht vor artificieller Uterusruptur.

Pasquali (Rom). spricht sich gegen das Accouchement forcé mit Incision und metallischen Dilatatoren aus, ebenfalls aus Furcht vor Uterusruptur; im Uebrigen stimmt er völlig den Angaben Morisani's bei.

Fochier (Lyon). Schlusswort. F. erblickt auch in der Resorption gewisser Producte der Magenverdauung eine Ursache der Eklampsie und empfiehlt daher Magen-Ausspülungen (selbst in Narkose) mit nachherigem Eingiessen von Chloral und Milch.

Ist die Entleerung des Uterus möglich, so ist dieselbe so rasch wie möglich vorzunehmen.

Charpentier (Paris). Schlusswort. In der Behandlung der Eklampsie hat man sich dahin geeinigt, dass jeder Fall zuerst medikamentös behandelt werden soll; sind diese medikamentösen Versuche erfolglos und ist die Dilatation des Collum eine genügende, so kann man die Geburt mittelst Zange oder Wendung beendigen.

Da man weiss, dass mit dem Tod des Kindes die eklamptischen Anfälle abnehmen, so darf man auch in Fällen, in denen der Cervikalkanal noch nicht dilatiert ist, medikamentös beginnen, in der Hoffnung, das Kind sterbe während dieser Zeit ab; trifft dies nicht ein, so ist von allen dilatierenden Verfahren dasjenige zu wählen, das der Frau am wenigsten Schaden zufügen kann, d. h. die Dilatation vermittelst der Finger und der Hand.

68. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Frankfurt a. M.

Abteilung für Geburtshülfe und Gynäkologie.

Bericht erstattet von Dr. Gottschalk — Berlin (Schluss).

I. Sitzung vom 21. September 1896.

Vorsitzender Herr W. A. Freund — Strassburg.

Herr Wilh. Alex. Freund spricht über die operative Heilung grosser Blasenscheidenfisteln und Mastdarmscheidenfisteln, welche mit narbiger Verwachsung des Cervix uteri kompliziert sind, durch den aus dem eröffneten hinteren laquear vaginae in die vagina herabgeholten, im Fundus gelochten und auf die Defekte aufgenähten Uterus. Er hat dieselbe Operation auch zur Heilung kompleter Vorfälle (in einem Falle kompliziert mit Blasenstein in dem prolabierten Blasenrecessus und mit Prolapsus uteri) ausgeführt. — Er beschränkt die Indikation zu dieser Operation auf die Fälle sonst unheilbarer Defekte mit unheilbar narbig-atretischem Uterus und bei den Prolapsen auf Fälle älterer Frauen nach dem Klimakterium. Er demonstriert zwei Frauen, welche durch diese Operation von Blasenscheiden-, resp. Blasen-Mastdarm-Scheidendefekten und eine (71 jährige), welche durch diese Operation von kompletem Prolaps des Genitaltractus (kompliziert mit Blasenstein- und Mastdarmprolaps) geheilt worden sind. — Alle sind (seit 3, 2 und die letzte 1 Jahr seit der Operation) dauernd geheilt und arbeitsfähig. Bei den ersteren sind die Menses mehrere Male aus dem Uterus (Fundus-Muttermund) geflossen. Jetzt sind dieselben menostatisch und der Uterus ist atrophisch geworden. Die Frauen sind im Sitzungssaale und im Bürgerspitale untersucht worden.

Diskussion:

Herr Mackenrodt löst bei ausgedehnten Blasenscheidenfisteln die Blase ganz von der Scheide ab, holt den Uterus aus der Plica heraus und näht ihn extraperitoneal, ohne ihn vorher wund zu machen, beiderseits in die Scheide fest; er heilt so zwischen Scheide und Blase ein und dient zum Verschluss der Fistel.

Herr P. Müller hat in schwierigen Fällen von Prolaps des Uterus und des Mastdarms den Uterus exstirpiert und den Rectalprolaps von der Scheide aus heraufgenäht.

Herr Wilh. Alex. Freund betont, dass es seltene Fälle giebt, welche auch durch diese und die Mackenrodt'sche Operation unheilbar und bisher nur durch die Kolpokleisis zu behandeln gewesen sind.

Gemeinsame Sitzung der Dermatologischen und Gynäkologischen Abteilung.

Vom 22. September Vormittags.

Vorsitzender: erst Herr Slawjansky (St. Petersburg), dann Herr Caspary (Königsberg).

Herr Neisser-(Breslau): Ueber die Bedeutung der Gonokokken für Diagnose und Therapie der weiblichen Gonorrhoe.

I. Die Gonokokken-Untersuchung bezweckt:

1. Sichere Feststellung der gonorrhoischen Infektion als Ursache klinischer Symptome und pathologischer Veränderungen.
2. Feststellung noch bestehender oder schon beseitigter Infektiosität bei den auf Gonorrhoe verdächtigen Personen.

II. Die erste Aufgabe ist wesentlich eine wissenschaftliche. Je mehr (besonders im Laufe der letzten Jahre) die wissenschaftliche Gynäkologie den früher auf unsicherer (anamnestischer etc.) Basis aufgebauten Symptomenkomplex der weiblichen Gonorrhoe, speziell der ascendierenden und residualen Prozesse, durch den Nachweis, wie weit die Gonokokken allein oder in Verbindung mit anderen Krankheitserregern die einzelnen Erkrankungsformen zu erzeugen vermögen, geprüft und als wirklich gonorrhoische bewiesen hat, um so eher kann bei den genannten Adnexerkrankungen die klinische Untersuchung und Diagnostik auskommen ohne den in jedem einzelnen Falle wieder neu zu erbringenden ätiologischen, d. h. Gonokokken-Nachweis. Es ist demgemäss (namentlich für den Symptomenkomplex der ascendierenden und residualen Gonorrhoe) der Gonokokken-Nachweis zwar stets eine erwünschte Stütze der Diagnose, aber nicht ein unbedingtes Erfordernis, um so weniger, je mehr Anamnese und eine grössere Anzahl von bekannten, auf Gonokokken-Infektion zurückzuführenden Symptomen vorliegen.

Bei diesen Formen der Gonorrhoe ist der Gonokokken-Nachweis um so weniger nothwendig, je mehr das ärztliche (sehr häufig operative) Handeln durch die vorhandenen schweren Erkrankungsformen selbst und nicht durch die Aetiologie bestimmt wird — wenn auch für das Verhalten des Operateurs (nach Schauta) es nicht gleichgiltig ist, ob Gonokokken oder andere Bakterienarten die Ursache der zu beseitigenden Eiterungen etc. abgeben.

III. Ganz anders liegt es bei der Gonorrhoe der externen Schleimhäute und bei der Beurteilung aller nach aussen hervortretenden Sekrete. Hier ist durch klinische Erfahrung festgestellt, dass die makroskopische Untersuchung weder der Schleimhautveränderungen noch der Sekrete nach keiner Richtung hin genügt zur Diagnose der Gonorrhoe, d. h. einer, durch Gonokokken entstandenen Erkrankung mit noch bestehender, durch Gonokokken-Anwesenheit bedingter Infektiosität.

Klinische Erscheinungen können in deutlichster Weise vorhanden sein, teils hervorgerufen durch andere Ursachen als Gonorrhoe, teils als Resterscheinungen nach längst erfolgter Beseitigung der Gonokokken.

Klinische Erscheinungen können vollkommen fehlen trotz Anwesenheit der Gonokokken, also nur die Gonokokken-Untersuchung kann die Diagnose und damit zugleich die Bedeutung eines Falles als eventuelle Infektionsquelle feststellen.

Klinische Erscheinungen, besonders wenn sie zum Sänger'schen Symptomen-Komplex vereinigt sind, werden selbstverständlich ganz besonderen Verdacht auf etwaige Gonorrhoe erwecken und damit die Nothwendigkeit besonders sorgfältiger Gonokokken-Untersuchung ergeben.

Mangel klinischer Symptome ist keinerlei Unterlage für die Ausschliessung einer Gonorrhoe-Diagnose.

IV. Es ist demgemäss bei jeder, der Gonorrhoe verdächtigen Person zu untersuchen: 1. die Urethra, 2. die, die Urethralmündung umgebenden Buchten und Falten, 3. der Cervikal-Kanal und 4. die Ausführungsgänge resp. das Sekret der Bartholini'schen Drüsen.

Viel grössere Aufmerksamkeit als bisher ist der Rektal-Untersuchung zuzuwenden.

Vulva und Vagina sind bei älteren Personen und nach häufigerer Kohabitation fast nie Sitz der Gonorrhoe. Dagegen ist die übrigens meist durch indirekte Infektion zu Stande kommende Vulvovaginitis gonorrhoica sehr häufig bei Kindern.

V. Für Gonorrhoe charakteristische und durch Gonokokken hervorgerufene Veränderungen der Vulvar- und Urethral-Schleimhäute giebt es nicht. Papillome, Karunkeln, Erosionen etc. sind nur als Fingerzeig zu besonders sorgfältiger Untersuchung für die Diagnose von Bedeutung.

VI. Trotz der ungeheueren Dienste, welche das (Bumm-Werthheim'sche) Kulturverfahren für die Gonorrhoe-Lehre geleistet hat, ist für die diagnostischen Zwecke die mikroskopische Sekret-Untersuchung fast in allen Fällen die allein brauchbare. Ein geübter Untersucher ist bis auf verschwindende Ausnahmefälle im Stande, Gonokokken von anderen Diplokokkenarten zu unterscheiden.

VII. Die Annahme, dass die sogenannte „schleichende" Gonorrhoe der Weiber von Gonokokken mit verminderter Virulenz herrühre, ist eine vollkommen

unerwiesene. Auch die von ganz chronischen Fällen herrührenden Gonokokken sind voll-virulent.

Eine erworbene Immunität gegen Gonokokken giebt es nicht, dagegen eine Angewöhnung an die auf der Schleimhaut gewucherten.

VIII. Der unbedingte Wert positiver Gonokokken-Befunde ist selbstverständlich zuzugeben.

Negative Gonokokken-Befunde gestatten nicht ohne Weiteres den Schluss, dass Gonokokken auch wirklich fehlen, da wir wissen, dass sie teils in tiefen Epithel-Lagen, teils in Buchten und Falten der Schleimhaut verborgen sein können. Es bedarf daher in solchen Fällen stets:

1. häufig wiederholter Untersuchungen,
2. der Zuhilfenahme provokatorischer (chemischer oder mechanischer) Irritationen.

Die Gonokokken-Untersuchungen werden um so sorgsamer gemacht werden müssen, je deutlichere klinische Merkmale (eventuell endoskopisch) festgestellt sind und eine eitrige Beschaffenheit der Sekrete, sowie ein auffallend leichtes Rekrudescieren des Entzündungsprozesses vorhanden ist.

IX. Die Gonokokken-Untersuchung ist aber nicht nur notwendig zur ersten Diagnose in allen Fällen, sondern sie stellt auch die einzig brauchbare und daher unentbehrliche Kontrolle für den durch die Behandlung erzielten Erfolg dar. Aus der Thatsache, dass trotz vollkommenen Schwindens aller subjektiven Beschwerden und aller makroskopisch wahrnehmbaren Erscheinungen Gonokokken zurückbleiben können, geht hervor, dass ohne Gonokokken-Untersuchung eine Unzahl von Fällen ungeheilt aus der Behandlung entlassen werden.

Diese ungeheilten Fälle aber sind:

1. die Hauptmasse der chronischen Infektionsquellen und
2. der Ausgangspunkt für die ascendierenden Formen (und Metastasen) der weiblichen Gonorrhoe.

X. Das Princip der Therapie darf daher nicht gerichtet sein nur auf die Beseitigung der subjektiven Beschwerden und der klinisch wahrnehmbaren Entzündungserscheinungen, sondern auf die Beseitigung der Gonokokken.

XI. Dieses Ziel erreichen wir:

1. Durch Anwendung solcher Medikamente, welche
   a) schon in so schwachen Koncentrationen, dass die Schleimhaut dadurch nicht irritiert und lädiert wird,
   b) Gonokokken tödten,
   c) ohne dabei durch chemische Bindungen mit Eiweiss und Mucinkörper ihre baktericide Eigenschaft zu verlieren.

Solche Mittel sind in erster Reihe: Silbersalze (Argentamin, Argonin Argentum nitricum, Actol, Itrol), ferner das Hydrargyrum oxycyanatum und das Ichthyol.

2. Indem wir diese Medikamente durch geeignete Methoden und Apparate mit allen Teilen der (möglicherweise inficierten) Schleimhaut in Verbindung bringen.
3. Indem wir die Behandlung so zeitig wie irgend möglich beginnen. Nur die Anwendung der oben genannten Gonokokken tötenden Mittel gestattet die Behandlung in so frühem Stadium, weil nur durch sie die Gefahr einer Verschleppung auf noch nicht inficierte Teile ausgeschlossen ist.

   Beseitigung der Gonokokken vor dem Ascendieren derselben muss das Hauptziel der Behandlung der weiblichen Gonorrhoe sein.

XII. Die Gonorrhoe-Prophylaxe besteht:

1. In einer sorgfältigeren, nach denselben Principien mit Zuhilfenahme der Gonokokken-Untersuchung vorzunehmenden Kontrole der Männer vor der Verheiratung.
2. In einer sorgfältigeren, die Gonorrhoe berücksichtigenden Kontrole der Prostituierten; denn diese sind es, welche ihrerseits die Hauptquelle der Infektion für die Männer darstellen.
3. In einer allgemeinen und besseren Ausbildung aller Aerzte auf dem Gebiete der venerischen, also auch gonorrhoischen Erkrankungen durch Einrichtung von Kliniken auf allen Universitäten und durch Einführung dieser Disziplin in die staatliche Prüfungsordnung.

Herr Sänger: Ueber residuale Gonorrhoe.

I. Allgemeines.

In vielen Fällen von Gonorrhoe ist die Erkrankung nach dem Verschwinden der Gonokokken aus Sekreten und Geweben nicht geheilt.

Die durch die Gonokokken gesetzten entzündlichen Prozesse können nach dem Verschwinden der Gonokokken fortbestehen.

a) als chronische, zur Bildung von Narbengewebe führende Entzündungsprozesse,
b) als scheinbar rezidivierende Erkrankungen in Gestalt akuter Verschlimmerung der bestehenden chronischen Entzündung,
c) als persistierende, an den gesetzten Gewebsveränderungen fortdauernd erkennbare Erkrankungen, z. Th. spezifischer Art.

Für diese pathologischen Zustände, welche im Gefolge der gonorrhoischen Infektion auftreten können, gab es bisher keine Abgrenzung. Ich bezeichne sie als — residuale Gonorrhoe.

Man unterschied bisher 3 Stadien, bezw. Formen der gonorrhoischen Infektion:

1. die akute Gonorrhoe,
2. die chronische Gonorhoe,
3. die latente Gonorrhoe.

Der Unterschied zwischen der akuten und chronischen Gonorrhoe liegt beim Weibe oft mehr in dem Zeitmaass seit der stattgehabten Infektion, als in einer für das akute Stadium stärkeren Intensität oder einer gleich von Anbeginn höchsten Extensität ihres Auftretens.

Es können, allerdings nur in klinischer Beziehung, für die akute Gonorrhoe typische und atypische Verlaufsformen unterschieden werden: die typische, welche am reinsten und gewöhnlichsten bei Prostituierten beobachtet wird, verläuft in der Heftigkeit ihrer subjektiven und objektiven Symptome unter dem Bilde der akuten Gonorrhoe des Mannes, die atypische, welche am häufigsten dem Gynäkologen begegnet, tritt uns mehr unter dem Bilde der chronischen Erkrankung entgegen und wird ihrer subjektiven Symptomlosigkeit wegen auch als „schleichende" bezeichnet.

Scharfe Uebergänge in das chronische Stadium giebt es weder für die eine noch die andere akute Form.

Grundbedingung für die Annahme beider Stadien ist, neben den klinischen Erscheinungen, der Nachweis von Gonokokken durch das Mikroskop und die Kultur.

Der Begriff der „latenten Gonorrhoe", als hergeholt von einem sehr unpassenden Vergleich mit der latenten Syphilis sollte entgültig fallen gelassen werden. Auch in der Deutung „Latenz der Gonokokken" (Luther) lässt er sich nicht aufrecht erhalten, da die Gegenwart der Gonokokken doch auch einen Nährboden und damit gleiche Lebensäusserungen voraussetzt, als sie ihnen auch sonst zukommen.

Die sogenannte „latente Gonorrhoe" ist nichts anders als entweder:

a) eine akute Steigerung einer bestehenden chronischen Gonorrhoe, oder
b) eine sei es zugestandene, sei es geleugnete Neuinfektion, oder
c) eine schlechthin chronische Gonorrhoe, oder
d) das, was wir als residuale Gonorrhoe definieren.

Die Trennung der einzelnen Verlaufsformen der gonorrhoischen Infektion nach der Zeit ihres Bestandes wird auch dadurch erschwert, dass wir über eine sehr wichtige Seite der Biologie des Gonococcus Neisser nichts Entscheidendes wissen, nämlich seine Lebensdauer überhaupt und innerhalb der von ihm befallenen Organe. Dabei muss die Frage nach der Lebensdauer, z. B. eines abgeschlossenen Haufens von Gonokokken, wie sie von Fabry bis zu 15 Jahren normiert worden ist von der nach ihrer Eliminationsweise getrennt werden.

Gerade die von den Gynäkologen gemachte Erfahrung, dass der Eiter von Pyosalpingen, von Ovarialabscessen in Fällen, wo die gonorrhoische Infektion keineswegs weit zurückdatiert, so häufig frei von Gonokokken gefunden wird, lässt wenigstens für diese geschlossenen Organteile keine andere Deutung zu, als dass ihre Lebens- und Vermehrungsfähigkeit sich in kurzer Zeit erschöpft habe. Man wird aber auch weiter zur Annahme gedrängt, auf Grund

negativer bakteriologischer Untersuchungen einerseits, besonderer klinischer Befunde andererseits, dass viele auf ursprünglicher gonorrhoischer Infektion beruhende chronische Erkrankungen auch der übrigen nach aussen offenen, also eliminationsfähigeren Abschnitte des Sexualorgans nicht mehr auf Gegenwart und Wirksamkeit von Gonokokken beruhen, sondern durch die von diesen einst gesetzten krankheitlichen Veränderungen der Gewebe, welche nun fortdauern, oder auch weiter fortschreiten, bedingt sind.

Weder in den Sekreten, noch in den Geweben lassen sich hier Gonokokken feststellen, während Anamnese und Befund den gonorrhoischen Ursprung der Erkrankung sichern.

Diese Formen dürften daher angemessen als residuale Gonorrhoe zu bezeichnen und von der chronischen Gonorrhoe zu trennen sein.

Die gonorrhoische Infektion hinterlässt an den von ihr befallenen Geweben und Organteilen, nachdem ihre Progredienz und Infektiosität längst erloschen ist, eine ganze Reihe sehr charakteristischer, ja spezifischer Zeichen, welche ich residuale Zeichen der gonorrhoischen Infektion benenne.

Seit Jahren habe ich, ähnlich wie Palmer u. A. dies für die persistirenden Zeichen überstandener oder latenter Syphilis gethan haben, diesen Zeichen, überhaupt der residualen Gonorrhoe meine Aufmerksamkeit gewidmet und bin dahin gekommen, sie folgendermassen zu gruppieren:

II. Spezielles.

Formen und Zeichen der residualen Gonorrhoe.

1. Vulva.

a) Vulvitis maculosa (persistens), der Schleimhaut des Vestibulum in Gestalt der schon früher beschriebenen flohstichartigen Maculae rings um die Mündungen der glandulae Bartholini, sowie weiterer, meist kleinerer, scharf umschriebener, dunkelroter Flecke, rings um die para-urethralen Gänge, auf der Höhe von Wärzchen und Carunkeln der Vulva und zerstreut auf der übrigen Schleimhaut.

(Zu vergleichen etwa dem Leucoderma syphiliticum vulvae.)

Gerade deren Spezifizität halte ich Bumm und Zweifel gegenüber voll aufrecht. (Vorzeigung der Abbildungen von mikroskopischen Präparaten einer „Macula", welche ergeben, dass es sich um eine ziemlich tiefgreifende chronische Entzündung des Papillarkörpers mit Gefässectasie und starker Verdünnung des Epithels handelt).

b) Adenitis glandulae Bartholini scleroticans.
Die Glandulae Bartholini sind einer- oder beiderseits als erbsen- bis haselnussgrosse, harte, unempfindliche Knötchen zu fühlen. (Zu ihrer Feststellung wird die Gegend der Glandulae Bartholini zwischen Daumen und Zeigefinger genommen und abgesucht.)

c) Ovale oder runde, flache, scharfrandige Defekte nach aussen und unten von der Mündung der Glanulae Bartholini, herrührend von ehedem unter Nekrose der bedeckenden Schleimhaut erfolgten Durchbrüchen von Abscessen der Glanulae Bartholini. (Selten!)

d) Die überwiegende Mehrzahl von Cysten der glandulae Bartholini.

2. Urethra.

a) Urethritis maculosa externa (persistens), die früher beschriebenen, scharfbegrenzten, dunkelroten Flecke oder Ringel der äusseren Urethralmündung.

b) Verschiedene Formen von chronischer Urethritis, analog den von Oberländer für die Urethra des Mannes beschriebenen, welche die gonokokkenfreien Tripperfäden liefern.

c) Strikturen.
Häufigste Ursache und häufigster Befund in Fällen von Tenesmus vesicae, Tenesmus urethralis bei normalem Urin. Oft mit chronischer Urethritis kombiniert.

d) Periurethritis chronica, in Gestalt starrer Verdickung der ganzen Urethra, bis zu Ringfingerstärke.

3. Vagina.

a) Colpitis maculosa (persistens).
Die Schleimhaut der Scheide und des Scheidenüberzuges der Portio vaginalis Uteri, besonders in ihren falten- und papillenarmen Abschnitten, zeigt teils scharf begrenzte, teils verwaschene dunkelrote Flecke ähnlich den Maculae der Vulva. Wenn auch im Bereich der Falten und Papillen, sitzen sie auf deren Kämmen und Spitzen.

b) Colpitis granularis (persistens), bereits von Neumann (Wien) als „Vaginitis papulosa", sowie auch von C. Ruge beschrieben und mit Gonorrhoe in Beziehung gebracht. An den gleichen Stellen und in gleicher Verteilung wie die Maculae vaginales. Die Granula oder Knötchen sind kleiner und derber als diejenigen der Colpitis granularis acuta gravidarum. Ihre sichere Diagnose kann nur im Speculum gestellt werden, um Verwechslung mit Papillen zu vermeiden. Ihre Gipfel zeigen dann häufig eine dunkelrote Färbung.

Sehr gewöhnlich kommen Colpitis maculosa und granularis nebeneinander vor.

Als ausgezeichnetes und sicheres Reagens, um beide Formen scharf hervortreten zu lassen, hat sich eine 50 %ige Chlorzinklösung erwiesen; ein damit getränktes Wattebäuschchen wird im Fergussonspiegel eingebracht, dann wird dieser, wie beim Vaginalbad, bis zum Scheideneingang mehrmals zurückgezogen und wieder vorgeschoben, bis das Chlorzink allseitig mit der Scheidenschleimhaut in Berührung kam.

Die Maculae und Granula heben sich dann schneeweiss, letztere in ihren verschiedenen Grössenabstufungen, wie ein Sternhimmel von der unverändert bleibenden blassroten Scheidenschleimhaut ab.

Die 50 %ige Chlorzinklösung dient zugleich als Behandlung; nach ein- oder mehrmaliger Applikation schwinden die Maculae und Granula. Doch giebt es hartnäckige Fälle, wo dies nicht geschieht.

Einzelne Fälle von Colpitis atrophicans (obliterans), von Colpitis senilis hämorrhagica beruhen sicher auf gonorrhoischer Grundlage.

Ebenso viele Fälle von Vulvitis pruriens („Pruritus vulvae").

Dagegen gehören die Condylomata acuminata zur akuten bez. chronischen Gonorrhoe.

4. Uterus.

a) Endometritis und Metro-Endometritis chronica post-gonorrhoica (residualis). In Fällen, wo seit der gonorrhoischen Infektion längere Zeit vergangen ist und wiederholte Untersuchungen des uterinen Sekretes Gonokokken nicht nachweisen konnten, auch nicht bei stark eitrigem ev. künstlich gesteigertem Ausfluss, ist man berechtigt anzunehmen, dass es sich um eine Residualform der Endometritis und Metro-Endometritis handle, d. h., dass die ursprünglich von den Gonokokken hervorgerufenen Entzündungsprozesse nun auch ohne dieselben Blutungen und krankhafte Absonderung bewirkend, fortdauern. Diese Auffassung, wonach die Entzündungsprozesse, aber nicht die Gonokokken persistieren, erklärt ungezwungen Entwicklung und Verhalten zahlreicher Fälle von Endometritis etc., welche bisher entweder mit Unrecht der chronischen Gonorrhoe zugeteilt wurden, oder welchen man einen Zusammenhang mit Gonorrhoe abstritt. Zum Beweis, wie rasch u. A. bei ascendierender Gonorrhoe die Gonokokken aus dem Uterus verschwinden können, konstatierte Wertheim in einer Reihe von Fällen abdominaler Radikaloperationen wohl Gonokokken im Tubeneiter, aber nicht mehr im Uterus.

b) Perimetritis chronica post-gonorrhoica, als reine Form, nicht als Teilerscheinung einer Pelioperitonitis diffusa, ist ausser Zusammenhang mit gonorrhoischer Infektion sehr selten. Wo sie beobachtet wird, ist sie fast immer fortgeleitet von einer Metro-Endometritis acuta gonorrhoica entstanden und im abgelaufenen Stadium als residual anzusehen.

5. Adnexa Uteri, Beckenbauchtell, Salpingitis, Oophoritis, Peri-Oophoritis, Pelio-peritonitis chronica residualis.

Die Häufigkeit und Bedeutung der gonorrhoischen Adnex-Erkrankungen u. s. w. bedarf heutzutage keiner weiteren Hervorhebung.

Fand sich der von einer gonorrhoischen Infektion herrührende Eiter einer Pyosalpinx, eines Pyovarium frei von Gonokokken, gelang es auch nicht, solche in der Tuben- bez. Ovarialabscesswand nachzuweisen, so kann mit Recht geltend gemacht werden, der Krankheitsprozess sei noch zu frisch, als dass nicht doch noch Heerde von Gonokokken vorhanden und unentdeckt geblieben seien.

Dies kann aber nicht mehr der Fall sein bei ursprünglich eitrigen Erkrankungen der Adnexa und des Beckenbauchfells, wobei die Eiteransammlungen völlig geschwunden sind.

Wir kennen zwar noch nicht genau die Umstände, unter welchen das eine Mal die Eiteransammlungen, obwohl sie steril sind, erhalten bleiben, das andere Mal serösen Ergüssen und bindegewebigen Verdichtungen, Strängen und Membranen Platz machen: dieser Umwandlungsprozess ist aber nicht zu bestreiten.

Gerade von diesen abgelaufenen, eiterfreien, chronischen Erkrankungen der Adnexa und des Beckenbauchfells ist durch zahlreiche im Anschluss an die so gewöhnlichen Adnex-Operationen angestellte anatomische und bakteriologische Untersuchungen festgestellt, dass sie sicher keine Gonokokken mehr bergen, sondern als mikrobenfreie, chronische Entzündungen residualer Natur anzusprechen sind.

Die bei residualen Adnex-Erkrankungen so häufig vorhandenen cystischen und pseudo-cystischen Bildungen (Follicularcysten des Ovarium, Cysten des Mesosalpingium, Lymphocelen, sowie Hydrosalpinxsäcke) sind in ihrer Genese den Retentionscysten gleich zu achten, also keineswegs Folgen einer noch aktiven fortschreitenden Gewebsthätigkeit.

Doch kommen gemäss dem Beispiel der Entzündungen bei gewissen Formen von peri-adnexiellen Blutergüssen wie im Anschluss an Hämatometra lateralis, gewiss auch entzündliche Nachschübe vor.

Wenn Noeggerath seinerzeit lehrte, dass eine gonorrhoische Adnex-Erkrankung sogar mehrmals recidivieren könne (seine „recidivierende Perimetritis"), so muss dies nach heutiger Anschauung bestritten werden: entweder es handelte sich überhaupt noch nicht um eiterfreie bezw. gonokokkenfreie, ausgeheilte, also residuale Adnex-Erkrankungen, oder es handelte sich um das Hinzutreten sekundärer cystischer Bildungen, was durch Volumenzunahme eine entzündliche Anschwellung bezw. Exsudation vortäuschte oder, wenn überhaupt, eine Form von Entzündung, an welcher Gonokokken nicht mehr betheiligt waren.

Frische Entzündung kommt aber bei residualen Adnex-Erkrankungen gewiss nur selten vor.

6. Beckenbindegewebe: Parametrium.

Von den so ausserordentlich häufigen narbigen Residuen früherer Parametritis puerperalis muss es so lange als unentschieden gelten, ob sie auch gonorrhoischen Ursprungs sein können, als in akuten Exsudaten nicht mit Bestimmtheit Gonokokken nachgewiesen wurden.

7. Rectum.

Gemäss dem durch Baer erbrachten Nachweis der relativ grossen Häufigkeit der Mastdarmgonorrhoe sind die in ihrer Aetiologie noch so vielfach dunklen Mastdarmstrikturen sehr wahrscheinlich zu einem guten Teil auch als gonorrhoische Residuen anzusehen.

Auf gonorrhoischen Residuen in anderen Organen (Herz, Gelenke, Augen) soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Die sämtlichen hier aufgestellten Formen und Arten residualer Gonorrhoe lassen sich leicht unter die eingangs aufgestellten 3 Gruppen verteilen.

Manche der hier aufgestellten Formen und Zeichen residualer Gonorrhoe werden wohl — darauf bin ich gefasst — von Solchen, welche in dem positiven Nachweis von Gonokokken das A und O jeder Gonorrhoe-Diagnose, ja jeder Gonorrhoe-Forschung erblicken, mit Skepsis aufgenommen werden, gerade weil sie das Fehlen der Gonokokken voraussetzen und vorwiegend auf klinische Beobachtung gegründet sind. Diesen will ich daher auch das Zugeständnis machen, dass allerdings einzelne der beschriebenen Formen (wie die Vulvitis maculosa, die Colpitis maculosa und granularis, natürlich auch die Endometritis) noch zum Gebiet der chronischen Gonorrhoe gehören können. In der grossen Mehrzahl der Fälle aber sind Gonokokken auch durch sorgfältige und wiederholte

Untersuchung, die ich selbstverständlich herangezogen habe, nicht mehr nachzuweisen: die Gonorrhoe ist eine residuale geworden.

Die klinische Diagnose der residualen Gonorrhoe und ihrer Zeichen stützt sich einesteils darauf, dass deren Befunde auch bei chronischer Gonorrhoe mit positivem Gonokokken-Nachweis vorhanden sein können, anderenteils darauf, dass diese Zeichen in steter Konstanz und Konkordanz bei Personen angetroffen werden, wo eine sich auf alle Gonorrhoe-Lokalisationen erstreckende, auch Mann und Kind heranziehende Anamnese, sowie die eben für die Gonorrhoe des Sexualorgans bekannten krankheitlichen Veränderungen für die Diagnose zu verwerten sind.

Würde man nur solche krankhafte Veränderungen am Sexualorgan als zur Gonorrhoe gehörig erachten, wobei Gonokokken gefunden werden, so würde man damit ein weites Gebiet von der richtigen Bahn aetiologischer Erkenntnis ab auf ein falsches Geleise schieben, ein Gebiet, das uns nicht nur gestattet, das Bild der Erkrankung rückwärts zu erschliessen, sondern auch wichtige Weisungen an die Hand giebt für eine erfolgreiche Behandlung.

Bumm (Basel). M, H. Gestatten Sie, dass ich mich auch mit einigen Worten an dieser Debatte über Gonorrhoe betheiligte und zunächst meine Freude und Zustimmung zu dem ausdrücke, was Herr Neisser über die Diagnose des Trippers ausgeführt hat. Gewiss kann man, so lange noch akute Erscheinungen, besonders an der Harnröhre, bestehen, und wenn die Infektionsquelle klar zu Tage liegt, auch bei der Frau allein aus klinischen Symptomen die Diagnose der Gonorrhoe machen, gerade so wie man die gonorrhoische Natur einer Pyosalpinx diagnosticirt, wenn sich alles Andere ausschliessen lässt und der Mann auch an Gonorrhoe leidet. Aber in den Fällen chronischer Gonorrhoe der Cervix und des Uterus, wie sie gerade häufig zum Gynäkologen kommen, ist die mikroskopische Untersuchung der Sekrete unerlässlich, wenn man das Richtige treffen will. Wer sich bei der chronischen Gonorrhoe der Frau nur auf die Anamnese oder die klinischen Symptome verlässt, der wird je nach der Bedeutung, die er ihnen beimisst, entweder sehr häufig oder sehr selten Gonorrhoe diagnosticiren, sich jedenfalls aber in positivem oder negativem Sinne oft täuschen. Es giebt hier nur ein sicheres Mittel zur Diagnose, das ist der Nachweis des Gonococcus. Wie man ohne diesen Nachweis die Erfolge der Therapie z. B. bei den chronischen Entzünduugen der Harnröhren-, Cervix- oder Uterusmucosa kontrolliren will, ist mir unerklärlich.

Nicht ganz einverstanden kann ich mich mit einem Theil der Ausführungen meines Specialkollegen Sänger erklären. Insbesondere muss ich der Annahme einer schleichenden Entwicklung der Gonorrhoe bei der Frau entgegentreten. So lange der Gonococcus in oder auf der menschlichen Schleimhaut vegetirt, behält er seine volle Virulenz für gesunde Schleimhäute bei und macht hier stets akute Entzündungen. Gerade das unbegrenzt lange Haften des Gonococcus in chronischen Fällen bei voller Virulenz ist es ja, was die Bekämpfung der Gonorrhoe so schwierig, ja man kann sagen aussichtslos macht. Solche alte Gonorrhoen, die den Träger oder die Trägerinnen gar nicht mehr belästigen, machen akute Entzündungen, wenn ihr Sekret mit einer gesunden Mucosa in Berührung kommt. Das beweist die akute Ophthalmoblennorrhoe des Neugeborenen, welche sehr häufig von chronischer Gonorrhoe der Mutter ihren Ursprung nimmt, das beweisen die akuten Harnröhrengonorrhoeen des Mannes, welche, wie sich leicht zeigen lässt, ebenfalls oft durch ganz chronische, kaum mehr Symptome machende Gonorrhoe der weiblichen Harnröhre oder der Cervix hervorgerufen werden. Bei der Infektion der Frau geht es nicht anders, nur sehen wir Gynäkologen die Frauen eben gewöhnlich erst später, wenn die akuten Erscheinungen vorüber sind.

Die Zeit, wie lange sich der Gonococcus bei chronischer Gonorrhoe virulent erhalten kann, ist eine unbegrenzte, es giebt virulente Gonorrhoen bei Mann und Frau, die jahrelang, 5, 10 und mehr Jahre bestehen.

Den Werth der von Sänger angeführten Zeichen des residualen Gonorrhoe möchte ich nicht zu hoch anschlagen und mir nicht getrauen, aus der Farbe, dem Sitz und der Form einer Macula den Bestand oder das Dagewesensein einer Gonorrhoe zu diagnosticiren. Rothe oder irgendwie gefärbte Flecken beweisen gar nichts, nur der Eitertropfen, der sich aus der Mündung der Bartholini'schen Drüsen oder der Drüsen um die Harnröhre etc. herausdrücken lässt, ist beweisend.

Bezüglich der Papillome und der papillären Vaginitis scheint sich eine Uebereinstimmung der Ansichten kaum mehr erzielen zu lassen. Sänger hat sie

wieder als specifische Zeichen angeführt, ich halte mit Neisser die spitzen Kondylome und die Vaginitis granulosa für nicht gonorrhoisch, weil ich beide wiederholt in Fällen gefunden habe, wo eine Gonorrhoe weder bestand noch bestanden hatte.

Wie sich Sänger die fortschreitende Tendenz der residualen Genorrhoe nach dem Absterben der Kokken denkt, ist mir nicht ganz klar geworden. Ich kann mir vorstellen, dass ein gonokokkenfrei gewordener Pyosalpinxsack nach mechanischen Insulten durch Austritt von Eiter zu neuen Reizerscheinungen am Peritoneum führt. Das sind ja bekannte Vorgänge: wodurch aber sonst ein aktives Fortschreiten des Processes bei residualer Gonorrhoe hervorgerufen werden kann und auf welche Weise das Fortschreiten der Erkrankung sich vollzieht, muss ich Kollegen Sänger bitten, noch etwas näher zu erklären.

Nach diesen Bemerkungen zu den vorausgegangenen Vorträgen möchte ich zur Gonorrhoefrage, speciell bei der Frau, noch ein paar Worte sagen.

M. H! Mit der Lehre vom Tripper bei der Frau ist es recht eigenthümlich ergangen. Bis vor 30 Jahren haben sich weder die Syphilidologen noch die Gynäkologen viel damit beschäftigt. Der Grund ist leicht einzusehen. Beim Manne, wo nichtgonorrhoische Ausflüsse aus der Harnröhre kaum vorkommen, war die Diagnose von jeher leicht; bei der Frau, zumal in chronischen Fällen, ausserordentlich schwer. Sekretion der Genitalien aus allen möglichen Gründen sind da so gewöhnlich, dass es Mangels anderer diagnostischer Momente aus dem blossen Bestehen eines Ausflusses ganz unmöglich war zu sagen, ob es sich um einen Fluor benignus oder malignus, id est Gonorrhoe handelte. So blieb, abgesehen von den wenigen Fällen frischer Infektion, wo die Aetiologie auf der Hand lag, nichts übrig, als die Diagnose nach dem Rock zu machen, ein Ausfluss bei einer anständigen Frau war ein Katarrh, bei einer Dirne ein Tripper. Da kam die Broschüre Noeggerath's, die mit grellen Farben auf die schweren Folgen der gonorrhoischen Infektion bei der Frau hinwies. Sie hat, wenn Noeggerath auch jetzt überall als der genannt wird, der zuerst auf die Bedeutung der weiblichen Gonorrhoe hinwies, im Anfang keineswegs durchschlagend gewirkt. Erst als der Gonococcus entdeckt war und man das Aufsteigen der Infektion bis in die inneren Organe ad oculum demonstriren konnte, ist die Gonorrhoe als ätiologisches Faktum bei den Gynäkologen im Ansehen gestiegen. Wie es gewöhnlich so geht, wenn ange Vernachlässigtes mit einem Schlage nachgeholt wird. so auch hier: man hat die gonorrhoische Infektion für alles Mögliche verantwortlich gemacht und ist, wie mir scheint, jetzt eher geneigt, ihre Bedeutung zu überschätzen.

Dem gegenüber möchte ich besonders als ersten Punkt hervorheben, dass bei der Frau wie beim Manne in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Gonorrhoe eine Affektion der Schleimhaut ist und bleibt.

Es sind im Laufe der letzten Jahre einzelne Beobachtungen veröffentlicht worden, welche ein tieferes Eindringen der Gonorrhoemikroben in das Bindegewebe darthun und dazu geführt haben, den Gonococcus mit den septischen Mikroorganismen auf eine Stufe zu stellen und für weitreichende eitrige Zerstörungen in der Nachbarschaft der inficirten Schleimhaut verantwortlich zu machen. Ich möchte nicht das Thatsächliche an diesen Beobachtungen, sondern nur die Deutung, die man ihnen gegeben hat, die Konsequenzen, die man aus ihnen zog, hier beanstanden. Dinkler wies die Gonokokken in den Geweben eines durch Eiterung zerstörten Bulbus nach. Darf man daraus schliessen, dass die Gonokokken so ohne Weiteres die Fähigkeit haben, über die Schleimhaut hinaus in die Gewebe einzudringen und diese zu eitriger Einschmelzung bu bringen? Ich glaube nein! Jede Ophthalmoblennorrhoe beim Neugeborenen zeigt uns im Gegentheil, dass sich der Infektionsprocess nicht über die Conjunctivalschleimhaut hinaus und nicht auf die Cornea ausbreitet. Ist diese bei mangelhafter Behandlung durch den stagnirenden Eiter corrodirt, in Folge von Ernährungsstörungen nekrotisch geworden. dann können freilich die Gonokokken in das vereiterte Gewebe vordringen. Die nächste Ursache der Eiterung liegt hier aber nicht in dem Gonococcus, sondern in der mangelhaften Pflege und der dadurch bedingten Schädigung der Gewebe. Wertheim hat in einem Falle in Eiterherden, die die Wand der Tube und das parametrane Bindegewebe durchsetzten. zahlreiche Gonokokkenhaufen nachgewiesen. Darf man aus diesem einen Falle schliessen. dass den Pilzen ohne Weiteres die Fähigkeit zukommt, die Tubenwandungen zu durchdringen und eitrige Parametritis zu machen? Ich habe in mehr als ein Dutzend genau unter-

suchter Eitertuben nie ein weiteres Vordringen der Gonokokken beobachten können, Anderen ist es gerade so ergangen. Ich glaube desshalb, dass auch im Wertheim'schen Falle ein besonderer Umstand den Befund erklären wird und suche diese Erklärung in einer vorausgegangenen schweren Schädigung, möglicherweise in einer Ruptur der Eiertube, bei der die Muskelzüge der Tubenwand auseinander wichen und gonorrhoischer Eiter in das Bindegewebe des Parametrium gelangte.

Aehnlich verhält es es sich bei den Ovarialabscessen mit gonorrhoischem Inhalt. In zwei Beobachtungen dieser Art, die ich selbst machen konnte, handelte es sich zweifellos um Corpora lutea. Die Oeffnung, durch welche die Pilze in's Innere gedrungen waren, verklebt wieder, der sich stauende Eiter drängt die Wand des Corpus luteum auseinander und so gelangen die Pilze zum Theil ins Bindegewebestroma der Ovarien. Aehnlich mag es sich bei einem von Jadassohn publicirten Fall verhalten haben, wo Gonokokken in einem Eiterherd in der Haut des Penis sich fanden. Auch hier liegt die Erklärung nahe, dass es sich um einen geplatzten zerdrückten Follikel handelt. Wertheim hat die Vermuthung ausgesprochen, dass die Gonokokken auch bei der Uterusgonorrhoe in die Muskulatur vordringen und die dort gefundenen Anhäufungen von Rundzellen verursachen. Diese Vermuthung ist bei Anderen schon zur Thatsache geworden, sie lassen beim Uteruskörper die Pilze durch die ganze Wand vordringen. Madlener hat einen solchen Fall publicirt, in dem mir übersandten Präparat habe ich jedoch nichts von Gonokokken gesehen, und auch in 6 von mir exstirpierten gonorrhoischen Uteris und an Schleimhautpartikeln, die einer gonorrhoischen Infektion im Puerperium entstammten, ein tieferes Eindringen der Pilze in die Decidua nicht wahrgenommen. Ich habe schon vor Jahren berichtet, dass Gonokokken in's subkutane Bindegewebe ohne Reaktion injicirt werden können. Wertheim hat seiner Zeit von starker Röthung und Reaktion berichtet. Schäffer und Steinschneider haben das Experiment mit verstärkter Dosis wiederholt und wie ich keine Reaktion beobachtet.

Nach Allem glaube ich auch heute noch daran festhalten zu müssen, dass der Gonococcus ein reiner Schleimhautparasit ist und — von besonders disponirenden Umständen abgesehen, die sehr selten eintreten — über die Schleimhaut nicht hinausgeht, hier sich besonders in den chronischen Stadien ganz oberflächlich auf dem Epithel ansiedelt, chronischen Reizzustand und Absonderung unterhält.

Es ist klar, dass für die Werthschätzung, die wir der Gonorrhoe als ätiologischem Faktor schwerer Genitalerkrankungen bei der Frau angedeihen lassen, es wesentlich darauf ankommt, wo sie sich lokalisirt, wie oft sie in die oberen Partien ascendirt.

Wie oft kommt es nun zur Infektion der Uterushöhle, wie oft zur Erkrankung der Tuben?

Wenn diese Infektion nichts weiter bewerkstelligte, als eine Urethritis, einen Cervicalkatarrh, eine Bartholinitis, dann könnte man, wie man früher es ja auch that, die Gonorrhoe als eine relativ leichte Erkrankung betrachten. Je häufiger das Endometrium und die Tuben ergriffen werden, desto düsterer musste die Gesammtprognose gestellt werden.

Aus den bisherigen Statistiken ist Sicheres über diese Fragen bisher nicht zu ersehen. Die Statistiken der Syphilidokliniken, welche meistens nur frische Fälle umfassen, zudem hauptsächlich Nichtverheirathete und Nulliparae betreffen, geben zu günstige Zahlen, die Statistiken der Frauenkliniken, welche es mit den schwersten Fällen zu thun haben, zu ungünstige.

Um zu richtigeren Zahlen zu kommen, habe ich nun versucht, aus meinen Aufzeichnungen alle Infektionen zusammenstellen, welche Frauen geschlechtsreifen Alters betreffen und vom Beginn oder kurz nach dem Beginn bis zur Heilung oder doch wenigstens 5 Monate, die meisten aber über 1 Jahr und länger beobachtet wurden.

Ich verfüge jetzt über 74 solcher Fälle, davon hatten 69 = 93% Harnröhrentripper, 53 = 70% Cervixtripper, 16 = 28% Corpusgonorrhoe und 7 = 10% Tubengonorrhoe.

Ich will nicht behaupten, dass diese Zahlen der Wirklichkeit ganz entsprechen; dazu sind sie zu klein, und eine ganze Anzahl kann noch schwerer erkranken, da Heilung noch nicht eingetreten ist. Auch das Fehlen der Corpusgonorrhoe ist nur nach der Abwesenheit jeglicher Symptome von Seite des Corpus festgestellt worden, es mögen also wohl einige Frauen darunter sein,

die eine Corpusgonorrhoe ohne Beschwerden und Erscheinungen hatten, aber nicht mitgezählt wurden.

Immerhin ergiebt sich aus dieser Zusammenstellung, dass die Prognose bei entsprechender Behandlung und Rücksichtnahme keine allzu schlimme ist. Vernachlässigung der Krankheit, fortgesetzter Verkehr mit dem gonorrhoisch kranken Manne, Geburten und Wochenbetten verschlimmern nach meinen Erfahrungen die Prognose bedeutend.

Gerade in einem geeigneten diätetischen Verfahren sehe ich ein Hauptmittel, die ascendirende Gonorrhoe hintanzuhalten und die Frauen vor schweren Schädigungen zu bewahren.

Mit einem geeigneten diätetischen Verfahren lassen sich aber auch noch in anscheinend verzweifelten Fällen die schönsten Resultate erzielen. Ich will hier auf das weite Gebiet der Therapie bei der weiblichen Gonorrhoe nicht näher eingehen, sondern nur den einen Punkt noch etwas ausführen.

Die operative Richtung der Gynäkologie hat es mit sich gebracht, dass man bei der Infektion der Tuben allzu leicht zum Messer griff. Auch ich habe relativ frische Fälle in grösserer Zahl operirt, bin aber von derartigen Eingriffen jetzt sehr zurückgekommen, so dass ich nur mehr selten bei Gonorrhoe operire. Seitdem ich wieder mehr dem konservativen Verfahren huldige, habe ich mich immer mehr und mehr überzeugen können, dass bei der nöthigen Geduld, bei wochenlanger Ruhe und resorbirender Behandlung die grosse Mehrzahl der Tubeninfektionen heilt, die Frauen zwar steril bleiben, sich aber eines ganz leidlichen Wohlbefindens erfreuen.

Die Aussichten sind um so günstiger, je früher nach der Infektion der Tuben eine zweckentsprechende Behandlung eingeleitet wird. Der erste Anfall bringt nur relativ geringe Verwachsung im Peritoneum, keine Füllung der Tube mit Eiter, ihre Wand ist noch dick und kontraktionsfähig. Je mehr Anfälle von Pelveoperitonitis, desto weitere Bezirke sind in den Entzündungsprocess hereingezogen, desto mehr ist die Tube mit Eiter gefüllt, ihre Wand verdünnt.

Solche Fälle, wo die Tube einmal zu einem grossen Eitersack mit papierdünnen Wandungen ausgedehnt ist, geben dann eine schlechte Prognose und sind dem Messer verfallen. Die Operation der Wahl ist aber dann nicht die Salpingotomie, welche wohl quoad vitam sehr günstig verläuft, aber keine glänzenden Dauererfolge ergiebt. Die Pat. behalten den vergrösserten, inficirten Uterus zurück es kommt zu Entzündungen der Stümpfe, die Beschwernen sind oft nach der Operation so gross wie vorher. Viel besser sind die Resultate, wenn man den Uterus mit herausnimmt, was am einfachsten von der Vagina aus geschieht. Gerade bei der Gonorrhoe ist, wenn operirt werden muss. die vaginale Exstirpation des Uterus, der ohne Tuben doch nichts mehr nützt, mit gleichzeitiger Ausschälung der Tubensäcke, die Operation, welche der Salpingotomie bei Weitem vorzuziehen ist.

Diskussion: Baer (Frankfurt) giebt kurz die Hauptdaten seines Vortrags über die Statistik der gonorrhoischen Erkrankungen, die im vorigen Jahre im städtischen Krankenhause, Abtheilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten, beobachtet wurden.

1) Von 310 wegen „Gonorrhoe" eingewiesenen Kranken ergaben sich nur 201 als dem klinischen Bilde nach gonorrhoisch, während 109 sicher keine Gonorrhoe hatten. Von diesen hatten nur 166 wirklich nachweisbare Gonokokken in der Urethra, während 35 ein negatives Resultat gaben. Von den 190 daraufhin untersuchten Pat. hatten 140 Gonokokken im Cervicalsekret. 50 keine Gonokokken.

2) Von sonstigen Kranken der Abtheilung fanden sich, gewissermassen zufällig, 100 gonorrhoisch erkrankt. Die Untersuchung ergab bei 63 derselben Gonokokken in der Harnröhre, bei 60 Gonokokken im Cervicalsekret.

3) Von 203 daraufhin untersuchten Gonorrhoekranken hatten 117 eine durch Gonokokkennachweis erkennbare Rectalgonorrhoe.

Neuberger (Nürnberg) betont, nachdem er Sänger gegenüber polemisirt hat, die Wichtigkeit der von ihm bei der mikroskopischen Untersuchung gefundenen alveolenähnlichen Hohlgebilde im Sekret Gonorrhoischer. Dieselben sind auch bei sonst keine Kokken zeigenden Präparaten häufig dicht mit Kokken erfüllt und sind wohl als Ausgüsse von gonorrhoisch erkrankten Drüsen anzusehen. Damit ist zugleich der Nachweis erbracht, dass die Gonorrhoe nicht nur ein

Oberflächen-, sondern auch ein richtiger Tiefen- (hier Drüsen-) Erkrankungsprocess ist.

In Fällen, wo kein Filament im Urin, bezw. kein Genitalsekret zur Untersuchung ohne Weiteres erhältlich ist, soll man durch Provokation dasselbe zu erzielen suchen. Meist genügt eine Urethralspülung mit Argentum nitricum (1 : 3000?).

Klein (München) ist mit Sänger der Ansicht, dass es Gonorrhoeformen ohne Gonokokken gebe. Von 90 Fällen, die klinisch als Gonorrhoe imponirten, fand er nur in 22 Gonokokken (15mal in der Urethra, 5mal in der Cervix, 2mal an beiden Orten). K. erlebte folgendes Beispiel: Ein junger Mann mit florider Gonorrhoe defloririe eine Virgo, welche darauf das typische klinische Bild einer akuten Gonorrhoe bot. Trotzdem waren auch bei sorgfältigster Untersuchung mikroskopisch Gonokokken nicht nachzuweisen. — Möglicherweise wird künftig hierin eine gute Hilfe für die Praxis sein, dass bald im Handel fertige Nährböden zu Kulturversuchen zu haben sein werden. — Der mikroskopische Nachweis ist eben manchmal sehr schwierig, nicht selten unmöglich.

Kiefer (Berlin) glaubt, dass die Fälle von „schleichender Gonorrhoe" Sänger's nichts seien als jene freilich nicht zu seltenen Fälle, in denen zwischen der ersten Urethritis und den späteren Symptomen, die erst die Pat. zum Arzt führen, so lange Zeit verstrich, dass die Pat. sich thatsächlich des akuten Stadiums nicht mehr genügend entsinnen. Was die „residuale Gonorrhoe" betreffe, so seien die Entzündungsprocesse, welche in der That auch nach dem Tod der Kokken noch auftreten können, vielleicht als Toxinwirkungen aufzufassen.

Caspary: Da für die Diagnose ein so grosses Gewicht auf den Nachweis der Gonokokken gelegt wird, muss man die Frage aufwerfen, ob denn thatsächlich stets, wenn Kokken mikroskopisch nachgewiesen werden, diese auch noch infektiös sind. Man denke doch an die Auffindung von Pneumokokken und von Diphtheriebacillen im Speichel ganz gesunder Menschen.

Sänger (Schlusswort).

Wohl war ich auf Angriffe aus dem Lager Derer, welche eine andere Diagnose einer gonorrhoischen Erkrankung als durch den positiven Gonokokken-Nachweis nicht anerkennen, gefasst, aber eine solche Art der Kritik, wie sie Herr Neuberger geübt hat, muss ich doch entschieden zurückweisen. Er greift aus den zahlreichen Formen und Zeichen residualer, also Gonokokken-negativer Gonorrhoe, die ich vorbrachte, die „Maculae" heraus und verwirft sie, weil er nie Gonokokken dabei gefunden habe. Das ist doch eine völlige Umdrehung der Sachlage. Meine Beweisführung, die sich auf eine 15jährige ununterbrochene Beschäftigung mit diesen Dingen, auf ein gynäkologisches Material, auf Hunderte von Beobachtungen gleicher Art gründet, konnte sich doch gar nicht auf Gonokokken stützen, weil sie hier eben fehlen. Und soll man nicht das Recht haben auf gonorrhoischer Infektion beruhende Erkrankungen noch als zur Gonorrhoe gehörig zu bezeichnen, wenn Gonokokken nicht mehr vorhanden sind?! Man verlangt von einem erloschenen Vulkan, dass er immer noch Feuer speien soll! — Ich bin heute wieder ein Mal der Märtyrer der klinischen Gonorrhoe-Lehre, welche auch suchen muss ohne Gonokokken auszukommen, noch dazu wo sie ganz einfach nicht mehr da sind.

Herr Bumm meint, die „Maculae" die auch er unter den zahlreichen anderen teils bekannten, teils neuen Residuen, die ich schilderte, allein vornimmt, kämen u. a. auch bei jung verheirateten Frauen vor und beruhten auf Macerations-Zuständen: das mag sein, aber sie verschwinden wieder, während es sich bei den echten und bleibenden Maculae um eine schwere, chronische Entzündung der Schleimhaut handelt.

Dann finde ich doch zwischen dem Verhalten der gonorrhoischen Infektion bei Prostituierten und den Frauen unserer gynäkologischen Praxis wesentliche Unterschiede: bei ersteren kommt die Erkrankung auch gleichsam nicht zur Ruhe, schon wegen der fortwährenden Neuinfektionen. —

Die „schleichende" ascendierende Gonorrhoe, eine klinisch vollberechtigte Unterscheidung, habe auch ich zur akuten Form gerechnet.

Was die postgonorrhoische Entzündung der Adnexe betrifft, so erlischt dieselbe doch nicht gleich mit dem Schwinden der Gonokokken, sondern braucht

noch längere Zeit zu ihrem Ablauf. Frische entzündliche Nachschübe ohne neue Infektion, halte ich für möglich, aber für gewiss selten.

Dass ich im Bezug auf die Bedeutung der Gonokokken-Diagnostik sonst ganz auf dem Standtpunkt der Herren Neisser und Bumm stehe, bedarf gewiss keiner weiteren Hervorhebung: für die residuale Gonorrhoe kommt sie aber eben nur in negativen Betracht.

Wenn Herr Bumm, trotz ihrer Heimtücke, für eine mildere Auffassung der Gonorrhoe plaidirte, so spricht der Umstand, dass er bei sorgfältiger Behandlung seiner Auswahlfälle von Anbeginn noch 10 pCt. Tuben-Erkrankungen erlebte, nicht sehr für die Gutartigkeit. Auch darin finde ich etwas Gegensätzliches, dass Herr Bumm einerseits für eine weitgehende abwartende Behandlung der eitrigen Adnexerkrankungen eintritt, andererseits aber der vaginalen Radicaloperation das Wort redet.

Ich schliesse mit einem Appell an meine gynäkologischen Fachgenossen, was ich heute vorbrachte, nachzuprüfen und gebe mich der Hoffnung hin, dass sie meine Aufstellungen dann auch bekräftigen können.

III. Sitzung: Dienstag, den 22. September, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Herr Kehrer-Heidelberg.

Herr H. Löhlein. Ueber manuelle Beckenschätzung.

Die instrumentelle, innere und kombinierte Beckenmessung, wie sie in unseren Kliniken gelehrt und geübt wird, liefert Ergebnisse, die für die therapeutischen Entscheidungen des Geburtshelfers als genügend anzusehen sind, und zwar umsomehr, als der zweite in Betracht kommende Faktor, der kindliche Kopf, sich ja doch der direkten Messung entzieht. Die Erfahrung lehrt indessen, dass, abgesehen von den Kreisen der Spezialisten, die instrumentelle Beckenmessung in der geburtshülflichen Praxis stark vernachlässigt wird.

Der Vortragende hat, um ein Uebersehen oder Verkennen einer nennenswerten Beckenverengerung auch dann zu vermeiden, wenn ein Beckenmesser im Augenblick nicht zur Hand ist, in seiner Klinik in den letzten Semestern besonders eifrig die Austastung und Abtastung des Beckens geübt und üben lassen. Ueber den Wert der ersteren sind Alle einig: dass man nicht bloss zu prüfen habe, ob das Promontorium leichter als gewöhnlich zu erreichen sei, sondern dass die ganze vordere Fläche des Kreuzbeins und die Seitenwände des Beckens, der linea innominata folgend, bestrichen, der Abstand der Spinae ischii geschätzt und Deformitäten, Ungleichheit beider Beckenhälften u. s. w. hierbei beachtet werden, wird überall eingeschärft. Löhlein will zeigen, dass man auch durch die Abtastung der am grossen Becken instrumentell gemessenen Abstände zu einer ganz brauchbaren Schätzung derselben durch einige Uebung gelangt.

Er schätzt, indem er die Spitze des kleinen Fingers fest auf die eine Spina ant. sup. aufsetzt und nun die Hand kräftigst spreizt, zunächst die Distantia Spinarum. Hat man die Spannweite seiner Hand vorher genau besimmt (bei L. = 33 cm), so kann man sehr bald mit ziemlicher Sicherheit sagen, ob im gegebenen Fall der Durchschnitt (25—26 cm) erreicht, nicht erreicht oder überschritten ist. Diese Schätzung ist natürlich da am leichtesten, wo die hypogastrische Gegend frei ist; aber auch da, wo sie durch den hochschwangeren oder kreissenden Uterus vorgewölbt ist, lassen sich die Schwierigkeiten wohl überwinden. — Das besonders wichtige Verhältnis der Cristae zu den Spinae wird festgestellt, indem beide Hände den Bogen des Darmbeinkammes fest angepresst werden. Man kann es auch ziffermässig abschätzen, wenn man die Daumenspitzen den Spinae, die Zeigefingerspitzen den äussersten Punkten der Cristae fest andrückt und die den Spinae entsprechenden Punkte auf die Verbindungslinie der Cristae projiziert. — In analoger Weise wird der Trochanterenabstand geschätzt, indem die Handwurzelgegend den Trochanteren

kräftig angedrückt wird und die Mittelfinger gleichzeitig den äusseren Rand der Cristae berühren.

Sind nach dem Ergebnis der Schätzung die Querdurchmesser sämtlich hinter dem Mittel zurückgeblieben, so erhält dieses Resultat durch die Messung des Beckenumfanges mit dem Bandmaass eine durchaus verwertbare Stütze resp. Kontrolle.

Die Conjug. externa und die Obliquae ext. können ohne Tasterzirkel nicht aufgenommen werden. Für die erstere tritt die weit zuverlässigere Conj. diagonalis ein, deren Grösse, wenn auch nicht so ganz exakt wie mit dem Zirkel, doch mit genügender Sicherheit mittelst des Bandmaases an den untersuchenden Fingern abgenommen werden kann. Wo der in den Beckenkanal eingetretene Kopf die Messung der Diagonalis nicht mehr gestattet, ist diese meist auch entbehrlich. Eine erheblichere Verkürzung des geraden Durchmessers ist ausserdem durch genaue Inspektion und Tastung der regio sacralis zu konstatieren. Bei der letzteren wird auf die Form der Michaëlis'schen Raute geachtet und bei Deformitäten die Entfernung der spinae poster. super. beiderseits von der Linie der processus spinosi mit dem Bandmaass gemessen.

Hat man sich mit der einfachen Technik dieser Schätzung des knöchernen Geburtskanals durch Uebung vertraut gemacht, so werden Einem Abweichungen, die den Geburtsverlauf ernstlich erschweren können, nicht entgehen. Ganz besonders wird man nicht Gefahr laufen, eine allgemeine Verkürzung der Durchmesser zu übersehen, eine Gefahr, der so viele Aerzte ausgesetzt sind, die der Conjugata, weil ihr allerdings die grösste Bedeutung unter allen Beckenmaassen zukommt, nun auch einseitig und ausschliesslich ihre Aufmerksamkeit widmen.

Einen vollen Ersatz für die instrumentelle Beckenmessung kann die beschriebene Art der Schätzung selbstverständlich nicht bieten. Wo es sich um wissenschaftliche Aufzeichnungen handelt, oder wo folgenschwere therapeutische Entschliessungen ziffernmässig zu begründen sind, müssen die bewährten Methoden der Messung ausgeführt werden, nachdem die Schätzung im Allgemeinen gelehrt hat, dass Abweichungen einer bestimmten Art in einem bestimmten Grad vorliegen.

Diskussion.

Herr Kehrer: Die Praktiker sind vielfach nicht im Besitze eines Beckenmessers. Klaffen der Darmbeinschaufeln wird uns auf rhachitischen Ursprung hinweisen. Bei dem osteomalakischen Becken ist der Trochanterenabstand ein äusserst geringer. Ein geringerer Beckenumfang, der normal 89 cm beträgt, kann für das enge Becken bezeichnend sein. Die beiden Spin. post. superiores bezw. Tubera ilium sind meist fühlbar. Die Form und Grösse des Schossbogens sind auch bei der Diagnose der Form des Beckens und der Art der Verengerung von Bedeutung, besonders bei dem osteomalakischen Becken. Der Abstand des Promontorium von den queren Schossbeinästen ist auch wichtig bei der Bestimmung des Beckens, desgleichen etwaige Differenz in beiden Seiten.

Herr Freund jr.: In Strassburg wird die Beckenschätzung an der stehenden Person in ähnlicher Weise, wie es der Herr Vortragende geschildert hat, vorgenommen; besonders ist die Messung der stehenden Person für die Bestimmung der Beckenneigung wichtig und die Abtastung der Spin. post. superior. Es ist richtiger die Facies der Spin. ant. sup. zu messen, auf die Differenz zwischen Spinae und Cristae ist nicht zu viel Wert zu legen.

Herr v. Herff stimmt Herrn Löhlein in jeder Weise bei, legt aber auch Wert auf die äussere Messung der Conj. ext.

Herr Eberhart, die Möglichkeit des Vorstehens des Symphysenknorpels sei gleichfalls zu erwägen.

Herr Löhlein stimmt bei, dass die Prominenz des Symphysenknorpels Berücksichtigung verdient. Steht der Kopf im Becken, so ist die Messung der Conj. externa nicht so wichtig, vorher ist ihr die Diagonalis vorzuziehen. Die Messung der Spinae an ihrer Aussenseite sei einmal eingeführt. Die Untersuchung im Stehen habe gewisse Vorzüge für die klinischen Verhältnisse, bei platten Becken hat Löhlein Becken-Umfang von 81 cm im Durchschnitt gefunden.

Herr Hofmeier-Würzburg: Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Sterilität.

Unter Hinweis auf eine frühere, ausführliche Arbeit über dieses Thema in der Z. f. G. u. G. Bd. 30, will der Vortragende nochmals an der Hand seiner fortgesetzten Erhebungen die Beziehungen der Myome besonders zur Sterilität besprechen. Zu dem Zweck sind die Resultate der früheren Zusammenstellung über 213 eigene Fälle und einer neuen Zusammenstellung über 113 weitere Fälle verglichen und dann das Gesamtresultat gezogen. Von den zusammen 326 Myomkranken waren unverheiratet: 68 = 20,8%. Von diesen hatten fünf trotz ihrer Ehelosigkeit und ihrer Myome ein- oder mehrmals geboren.

Von den Verheirateten waren 67 = 20,5% steril verheiratet. Um überhaupt festzustellen, ob dieser Prozentsatz den allgemeinen der sterilen Ehe wesentlich überschreitet, hat der Vortragende aus seinem gesamten Privatmaterial die Fälle von primärer oder erworbener Sterilität zusammengestellt und fand auf 2220 Kranke 503 mit primärer oder erworbener Sterilität: 327 mit primärer, 172 mit erworbener Sterilität, (bei einigen war es unbestimmt). Der allgemeine Prozentsatz der sterilen Ehen ist also hiernach (in ziemlicher Uebereinstimmung mit anderen statistischen Angaben) 15%. Der Unterschied gegen die myomkranken Sterilen beträgt also nur 5%. Berücksichtigt man nun das Durchschnittsalter der letzteren und die Dauer der sterilen Ehen, so kommt man übereinstimmend bei den ersteren auf 42, bei den letzteren auf 16 Jahre. Es müsste durchschnittlich also vom 26. Lebensjahre an das Myom schon eine eventuelle Konzeption verhindert haben. Ausserdem konnte bei einer ganzen Reihe von Patientinnen festgestellt werden, dass sie in jüngeren Jahren wegen ihrer Sterilität behandelt wurden, damals aber keine Myome hatten. Uebereinstimmend damit wurde unter sämmtlichen 503 sterilen Frauen in den ersten fünf Jahren ihrer Sterilität nur siebenmal ein Myom konstatiert, fast immer aber unter Verhältnissen, welche die Sterilität aus anderen Gründen (Perimetritis, Alter, Impotenz) viel wahrscheinlicher erscheinen liessen.

Aehnlich liegen die Verhältnisse bei dem Einfluss auf die Fertilität. Die Gesamtfertilität von 201 myomkranken Frauen, die überhaupt geboren hatten mit 3,2 Schwangerschaften, bleibt allerdings gegen die allgemeine Fertilität mit etwa 4,5 um 1,3 zurück, und zwar hauptsächlich durch die grosse Zahl der erworbenen Sterilitäten. Unter 326 Myomkranken waren 46 oder 14,1 % mit nur einer Schwangerschaft. Der allgemeine Prozentsatz der Frauen mit erworbener Sterilität beträgt 172:2220 oder 8%. Da das Durchschnittsalter dieser Frauen aber 43,7 Jahre beträgt und die einzige Schwangerschaft 16 Jahre zurück liegt, so scheint es auch hier wenig wahrscheinlich, dass bei ihnen bereits im 27. Jahre die Myome die weitere Fruchtbarkeit verhindert haben. Es fanden sich auch dementsprechend bei den 172 Frauen mit erworbener Sterilität in den ersten 5 Jahren nach ihrer einzigen Schwangerschaft nur 2 mal Myome. Die Ursachen der Sterilität scheinen auch hier also ganz wo anders zu liegen, als in den Myomen. Fallen diese besonderen Ursachen fort, so ist die Fruchtbarkeit der Myomkranken auch durchaus nicht geringer, sie beträgt im Durchschnitt 4,5 Schwangerschaften.

Als Erklärung für den höheren Prozentsatz der Unverheirateten und Sterilen unter den Myomkranken gegenüber dem allgemeinen Prozentsatz solcher Personen in einem gynaekologischen Krankenmaterial wird der Umstand angesprochen, dass bei der ausserordentlichen Häufigkeit der Myome überhaupt und bei dem Fortfall sehr vieler anderer Momente bei ihnen, welche sonst Frauen zum Gynaekologen führen (geschlechtlicher Verkehr, Schwangerschaft und Geburten mit allen ihren Folgen) die Myome mit ihren Folgen eben eine der häufigsten Ursachen zum Nachsuchen ärztlicher Hilfe sind.

Als Beispiele dafür, wie gerinfügig im einzelnen Fall das Vorhandensein selbst grosser Myome auf die Konzeption wirkt, wenn sonst nur die Vorbedingungen hierfür gegeben sind, werden zu den früheren 23 noch 4 neue Beobachtungen von Schwangerschaft bei Myomen angeführt, aus denen hervorgeht, dass die Trägerinnen alle trotz ihrer Myome sehr bald nach der Verheiratung konzipiert haben. Dass dies nicht noch häufiger beobachtet wird, liegt eben daran, dass die Mehrzahl der Schwangerschaften vor das 32. — 33. Jahr fällt, die Mehrzahl der Myome erst nach dieser Zeit sich entwickelt.

Zum Schluss wird der mit den Myomen am Ende der Schwangerschaft amputierte Uterus einer dieser Patientinnen demonstriert, von dessen Rückseite

ein mehr wie kindskopfgrosses, subseröses Myom breit ausging, das im Cav. Dougl. überall verwachsen war. In diesem grossen und sonst sehr derben Myome zeigen sich grosse, mit Detritus ausgefüllte Höhlen. Die schnelle Rückbildung der Myome im Wochenbett beruht jedenfalls auf derartigen, centralen Erweichungsvorgängen.

Diskussion:

Herr Pfannenstiel stimmt dem Herrn Vortragenden bei bezüglich des Thatsächlichen. Die Erklärung, dass doch ein gewisses Plus von Myomkranken zur Sterilität prävaliert, scheint ihm in Degenerationsvorgängen im Ovarium zu liegen. Myom, Endometritis und chron. Oophoritis scheinen ihm ein und dieselbe Ursache zu haben, diese sei eine der verschiedenen Ursachen der Sterilität; es handle sich um dauernde chron. Hyperaemieen der Genitalien.

Herr Strassmann weist auf demnächst erscheinende Untersuchungen mit Herrn Lehmann hin; sie fanden häufig Herzaffektionen bei den geringsten Myomen, Dilatation der Ventrikel; anamnestisch embolische Anfälle Parallel der Myomerkrankung geht häufig eine vasomotorische Erkrankung., wie beim Morb. Basedowii, die selbst vor den Myombeschwerden sich schon bemerkbar machen kann.

Herr W. A. Freund stimmt Herrn Hofmeier bei, dagegen gebe es Adenomyome mit flimmertragenden Höhlen, die ausnahmslos mit Sterilität verbunden sind und sehr leicht mit Adnexerkrankungen verwechselt werden.

Hr. Mackenrodt: Fast alle Myomkranke zeigen nach gewisser Zeit als Parallelerscheinung Herzdegeneration. Centrale nervöse Störungen könnten ja auch Ursache der Myome sein. Sterilität bei Myomen sei nicht so häufig; es komme dabei viel auf Sitz der Myome an. Er war 4 mal genötigt, in der Schwangerschaft bei Myomen zu operieren.

Herr Thorn sieht den Schwerpunkt der Hofmeier'schen Veröffentlichung in dem Hinweis, dass man bei Myomen in der Schwangerschaft nach Möglichkeit abwarten solle

Herr Gottschalk-Berlin weist auf seinen in den Verhandlungen des letzten Wiener Gynäkologencongresses in einer Eklampsiearbeit publicierten Fall hin, der darthue, dass ein wallnussgrosses Myom unter dem Einfluss der 1. Schwangerschaft innerhalb 8 Monaten bis zu Kindskopfgrösse heranwachsen und dadurch gefährlich werden kann.

Das Myom sass hier supracervical in der vorderen Wand symmetrisch und führte im Beginn des letzten Schwangerschaftsmonats zur Compression beider Ureteren mit consecutiver tötlicher Eklampsie.

Herr Löhlein bestätigt Herrn Hofmeier, dass der Einfluss der Myome auf die Schwangerschaft kein sogrosser ist. Die erste Gravidität scheint das Wachstum der Myome zu beschleunigen, weniger die wiederholte Schwangerschaft. Wie Herr Freund hat auch Löhlein gesehen, dass kleine Myome mit Adnexerkrankungen verwechselt werden.

Herr Kehrer hebt Herrn Strassmann gegenüber hervor, dass Herzaffektionen nur in einer beschränkteren Zahl von Fällen bei Myomen vorkomme im Verhältnis zu dem Morb. Basedowii.

Herr Hofmeier widerspricht Herrn Pfannenstiel darin, dass verheiratete Myomkranke eher steril bleiben sollten. Ovarialveränderungen seien hier nicht die Ursache der Sterilität, da Myomkranke noch sehr spät conzipieren können. Vasomotorische Störungen seien auch nicht die Ursache der Sterilität Die grösste Zeit der Fruchtbarkeit liege vor den Myomen. Er warnt vor Myomoperation bei Schwangeren gegenüber Herrn Mackenrodt.

IV. Sitzung, Mittwoch, den 23. September, Nachmittags.

Vorsitzender Herr P. Müller — Bern.

Herr Leopold — Dresden. Ueber neue Untersuchungen über den Aufbau der Placenta.

Vortragender berichtet über Fortsetzung seiner Placentaruntersuchungen auf Grund von 3 Präparaten. Ein Präparat betrifft ein ca. 8 — 9 Tage altes Ei in situ in einem wegen Portiocarcinom vaginal exstirpierten Uterus. Dieses Präparat ist in Reihenschnitte zerlegt worden.

Das linsengrosse Ei lag in einer kleinen Delle der mucosa uteri und war überwachsen von der Reflexa. Kleine freie Zotten giengen bereits vom Chorion aus und hefteten sich in grösserer Zahl namentlich an der Basis des Eies, an der mucosa uteri an. Schon um diese Zeit münden Arteriolen frei in den Zwischenzottenraum ein. Im Chorionraum liegt eine albuminöse von weissen Blutkörperchen durchsetzte wellenartig angelegte Embryonalanlage. Die Drüsen der Schleimhaut sind stark geschwollen, auf dem Boden des Eies fehlt das Oberflächenepithel der Schleimhaut, welches sonst überall vorhanden ist.

Da das Präparat eingehend beschrieben und veröffentlicht wird, so kann, namentlich im Hinblick auf die feineren Einzelheiten des Präparates, auf diese Beschreibung verwiesen werden.

Discussion:

Herr Bumm bemerkt, dass die Verhältnisse in dem Reichert'schen Ei andere seien, insofern dort das Ei in einer Delle der Decidua liege; die Drüsen scheinen ihm in dem demonstrierten Falle stark gewuchert, vielleicht deute das auf Endometritis hin.

Herr v. Herff hat auch an jungen Eiern festgestellt, dass das Einest sich sehr verschieden verhalten kann. Bezüglich der Implantation des Eies verweist er auf Untersuchungen v. Spee's beim Igel. Auch er bemängelt, ob nicht endometritische Processe den Befund im Falle des Herrn Vortragenden compliciert haben.

Herr Hofmeier betont, dass keine Fötalanlage im Präparate des Herrn Leopold gefunden wurde. Auch das Reichert'sche Ei sei nicht normal. Bezüglich der Anlagerung des Eies hat Hofmeier gefunden, dass sich das Ei ohne Zotten der Decidua serotina flach anlegt. Ueber die Bildung der Reflexa sei noch nichts sicheres bekannt.

Herr Stratz hat vergleichend anatomische Untersuchungen gemacht. Nach Untersuchungen von Webster und anderen scheint das Ei sich an den Stellen der Decidua anzusetzen, wo das Epithel fehlt.

Herr Gottschalk — Berlin betont, dass er schon vor 6 Jahren nachgewiesen habe, 1) dass sich im Beginn der Schwangerschaft die Arteriolen frei in den Placentarraum öffnen, 2) dass die einzelnen Cotyledonen ein in sich geschlossenes Gefässsystem besitzen und dass diese einzelnen Gefässsysteme durch den oberen Placentarraum und den Randsinus untereinander communicieren und dass so einer Blutstockung in irgend einem Cotyledonen sicher vorgebeugt werde. Er freue sich diese heute von Herrn Leopold bestätigt zu hören. Desgleichen habe er schon früher betont, dass an der Haftstelle das uterine Epithel zu Grunde ginge. Die Prominenz des Eies erkläre sich dadurch, dass im Falle des Herrn Vortragenden die stark wuchernden Zotten des Chorion frondosum das Ei von der Decidua gegen das Cavum uteri verdrängt hätten. Gottschalk fragt nach den Ergebnissen der Leopold'schen Untersuchungen bezüglich der Abstammung des Syncytium, ob fötalen oder maternellen Ursprunges.

Herr v. Herff hält das Reichert'sche Ei für normal.

Herr Leopold (Schlusswort). Eine früheste Embryonalanlage sei in seinem Ei vorhanden, wenn er sie auch nur Albuminschicht benannt habe. Ob Endometritis vorhanden gewesen sei, lässt sich aus der Stärke der Schleimhautschwellung und Drüsenentwickelung nicht herleiten. Injektionspräparate, vorsichtig gemacht, hält er doch für brauchbar. Das Ei habe Linsenform und liege in einer Verdickung, aber sicher prominent. Ob das Ei ganz normal sei, lässt er dahingestellt. An der Stelle, wo das Ei liegt, sei kein Epithel. Die kleinsten Zotten hätten einschichtiges Epithel.

Herr Hofmeier hat an seinen Präparaten an der Haftstelle des Eies das doppelte Zottenepithel vom uterinen Epithel unterscheiden können; ist also der Ansicht, dass das Syncytium fötalen Ursprunges ist.

Herr H. W. Freund — Strassburg. Ueber eine Mastitis-Epidemie.

Freund hat folgende 6 Fälle in einem Saale der Strassburger Hebammenschule beobachtet:

1) 21jährige Ipara, nach spontaner Geburt am 10. Mittage des Wochenbettes fieberhaft erkrankt. Genitalien normal. Schrunden an den schlecht entwickelten Warzen bei sehr grossen, hängenden Brüsten. Heilung in 2 Tagen. Entlassung. Wiederaufnahme nach 4 Tagen mit hohem Fieber und beginnender

Entzündung der rechten Mamma. Antiphlogistische Therapie ohne Erfolg. In der chirurgischen Klinik wird nach 6 Tagen ein grosser Abscess eröffnet.

2) Während der Krankheit der Wöchnerin I erkrankte eine im selben Saale, aber weit entfernt von der Kranken liegende 19jährige Erstwöchnerin am Mittag des 4. Wochenbetttages mit einem über eine Stunde dauernden Schüttelfrost, Benommenheit, Erbrechen, und alle 5 Minuten sich wiederholenden Krampfanfällen, die vorwiegend in Stössen der Extremitäten, etwa wie bei rudimentären Tetanusanfällen bestanden. Eclampsie und Hysterie ausgeschlossen, kein Delirium. Urin normal. Auf 2,0 Chloralhydrat per rectum Beruhigung für 5 Stunden, dann noch einmal schwächere Anfälle. Genitalien normal. Schmerzen in beiden Brüsten. Diese hypertrophisch, hängend; Warzen klein, ohne Schrunden. Die bedeckende Haut der Mammae scharlachartig geröthet, schon beim oberflächlichen Berühren, besonders aber beim Aufheben von Falten schmerzhaft. Die Brüste werden bald steif, hart und aufsitzend. In den nächsten 8 Tagen remittirendes, nicht hohes Fieber, relativ gutes Allgemeinbefinden, keine Genitalerkrankung, keine Veränderungen der Erscheinungen an den Brüsten. Am 12. Wochenbetttage wird in der chirurgischen Klinik ein grosser Abscess der rechten, nach weiteren Tagen der linken Brust eröffnet. Heilung.

3) 3 Tage nach dem Auftreten des Schüttelfrostes bei der Puerpera II erkrankte eine 30jährige Erstwöchnerin, die bis dahin (Abend des 9. Tages) ein ungestörtes Puerperium durchgemacht hatte. Initialer Frost. Genitalien normal. An den grossen Brüsten (mit mässig entwickelten, intakten Warzen) dieselben scharlachartige Röthung und Schmerzhaftigkeit, wie im 2. Falle, dieselbe Härte der Brust. Nach 9 Tagen Incision eines grossen Abscesses in der chirurgischen Klinik.

4) Gleichzeitig wurde bei einer phthisischen 29jährigen I para schon bei der Aufnahme ein beginnender Abscess in der rechten Mamma constatiert, der nach 8—10 Tagen zur Operation kam.

5) In denselben Tagen erkrankte eine 22jährige Erstwöchnerin am 7. Tage ohne Frost wiederum mit mit scharlachartiger Röthung, Schmerzhaftigkeit und Härte der linken Brust. Keine Schrunden. Incision. Heilung.

6) Die einzig bisher verschonte 6te Wöchnerin des Saales stand am 9. Tage gesund auf. Erkrankung am Abend. 2 gelbliche Knötchen im Warzenhofe links. Punktion jedes derselben mit der Pravaz'schen Spritze. Trübe Flüssigkeit entleert, auf Agar geimpft. Die Krankheit ist damit coupiert.

Die bacteriologische Untersuchung wies im Eiter des Wöchnerin II neben Staphylococcus pyogenus albus auch Tetragenes nach. Es stellte sich heraus, dass die Infektion von dem Munde eines an schwerster Stomatitis aphthosa erkrankten Säuglings, der auf die Abtheilung abends aufgenommen werden musste und fehlerhafterweise an die Puerpera II angelegt worden war, ausging. Die phlegmonöse Mastitis hat sich dann durch Verbreitung der Keime auf dem Luftwege weiter ausgedehnt. Die erkrankten Mütter inficierten später ihre Kinder wieder mit Aphthen. Ueberall wurde Staphyloc. pyog. alb. gezüchtet. — Als einzig wirksames Schutzmittel gegen die Infektion erwies sich Sublimat (5 — 2‰ Lösung), das Freund auch zur Coupierung beginnender Entzündungen als Priessnitz'schen Umschlag empfiehlt.

Herr Mackenrodt — Berlin. Die Vesicifixatio uteri zur Heilung der Retroflexio uteri mobilis.

Während die Therapie der fixierten Retroflexion heute vorwiegend eine operative ist, gehen bezüglich der zweckmässigen Behandlung der beweglichen Retroflexion die Ansichten noch sehr auseinander. Pessar und Operation concurrieren miteinander. Es fehlt an einer exakten Indikationsstellung, welche auf Grund objektiver Symptome die Grenze zwischen Pessarbehandlung und Operation festlegt. Das Fiasko der Vaginifixation liess die Frage auftauchen, ob überhaupt eine operative Behandlung der Retroflexion nöthig sei. Gewiss ist vielfach zuviel operiert worden, aber inhuman ist auch die Ignorierung unzweifelhafter Indikationen zur Operation. Der Mangel an einer sicheren Methode hat die operativen Bedürfnisse eingeschränkt.

Die Symptome der Retroflexion sind primäre, sekundäre, tertiäre. Die primären, subjektiven machen durch Raumbeengung mechanische Störungen der Blase und das Rectum, Druckerscheinungen an den stetig verlagerten Adnexen. Die sekundären zeigen ausser den subjektiven die objektiven Symptome der Störung

am Uterus und ihren Folgen. Das charakteristische Kennzeichen ist die „teigige" Beschaffenheit des Uterus, wie Oedem. Das tertiäre Stadium ist charakterisiert durch entzündliche Vorgänge, welche sich direkt an das zweite Stadium anschliessen können oder infolge der Einwirkung von Mikroben auftreten, die im gesunden Uterus nicht leicht aufkommen, im kranken, durch die Circulationsstörung geschwächten, leicht gedeihen.

Diejenigen Retroflexionen, welche primäre und sekundäre Symptome aufweisen, sind in der grossen Mehrzahl der Fälle durch das Pessar zu heilen. Retroflexionen mit chronisch entzündlichen Erscheinungen am Uterus, sind dagegen nicht für eine Pessarbehandlung geeignet, weil hier meist die Symptome nicht ohne weiteres nach der Pessarbehandlung verschwinden, sondern einer weiteren, häufig operativen Behandlung bedürfen: Auskratzung, Amputation der follicular entarteten Portio etc. Hier ist operative Behandlung am Platze. Ebenso, wenn die Retroflexion durch Anomalien der Scheide: Strikturen, Verengerung, Abflachung der Scheidengewölbe, Prolaps compliciert ist. Diese auf objektive Kriterien beruhende, von ärztlichen Gutdünken unabhängige Indikationsstellung muss zur Richtschnur dienen.

Die Methode kann nur eine vaginale sein, weil diese allein es ermöglicht in einer Sitzung, von einer Wunde aus dem Grundübel sowohl, als auch seinem mancherlei Komplikationen gerecht zu werden.

Als Kardinalpunkt der alten Vaginifixation hat sich die Verklebung des Uterus mit dem Blasenperitoneum herausgestellt, während die Fixierung des Uterus an der Scheide gefährlich ist, wegen späterer eventueller Geburtsstörungen. Die ersten Versuche zur Verödung des vorderen Douglas hat M. schon 1893 gemacht. Aus der weiteren Entwickelung dieser Versuche ist die Vesicifixation entstanden Die so benannten Operationen von Staude und Werth sind keine Vesicifixationen sondern Verödungen des vorderen Douglas durch sero-seröse Verklebung der Blätter desselben. Diese Verklebungen sind nicht sicher. Es muss vielmehr erstens: das Blasenperitoneum verkürzt werden, damit der Uterus näher an die Symphyse gezogen wird; zweitens: muss unter der Naht, welche das verkürzte Blasenperitoneum am Fundus festheftet, die wunde Blasenwand auf der serösen Fläche der vorderen Korpuswand angeheilt werden, sodass hier eine erfahrungsgemäss sehr feste sero-fibröse Verwachsung zwischen Blasen-Uteruswand entsteht, welche für die darüber gelegene sero-seröse Verwachsung des Blasenperitoneums mit dem Fundus uteri einen festen, unverrückbaren Standpunkt abgiebt. Hierin ganz allein liegt die Bedeutung der Vesicifixation.

M. hat bisher 58 Fälle operiert mit keinem einzigen Misserfolg. 27 mal bei Retroflexio mobil., 31 mal bei Retroflexio mit Prolaps. Leichte Adhäsionen waren 10 mal zu lösen. 7 mal wurde die Operation bei Nulliparen gemacht. In einem Fall trat Schwangerschaft ein: Frau ist jetzt im 7. Monat, der Uterus liegt vollkommen normal, die Blase dicht am Fundus ohne jede Funktionsstörung. An dem spontanen Verlauf, auch der späteren Geburt ist nicht zu zweifeln.

Annähernd gute Resultate sind bisher von keiner einzigen Methode erreicht worden. Die Indikation beschränkt sich auf bewegliche Retroflexionen. M. begnügt sich mit der Konstatierung dieser Thatsachen, die für die Einbürgerung der Operation sorgen werden.

Die Verkürzung der Lig. rotunda nach Alexander-Adams hat in 194 nachuntersuchten Fällen von Bournier, Werth, Kummer, Küstner, 35 Recidive aufzuweisen. Die vorgeschlagene vaginale Verkürzung der runden Bänder kann bessere Resultate nicht erlangen. Sie können gegen die der Vesicifixation in keiner Beziehung aufkommen.

Discussion:

Herr W. A. Freund recapituliert die Ansichten des Herrn M. — Er weist darauf hin, dass gerade das dritte Stadium der Symptome der Retroflexio uteri (Entzündungsprozesse) oft zur Fixierung des retroflectierten Uterus führen, welcher der Ventrifixation reservieren will.

Herr F. protestiert von seinem Standpunkte aus gegen die Ausdehnung der Indikation zur Operation, weist auf die Schwierigkeiten und schlimmen Folgen derselben hin und stellt die Indikationen zur operativen Behandlung der kongenitalen Form der Anteflexio und Retroflexio auf.

Herr P. Müller kann sich der von Freund geübten, vollständig abweisenden Kritik der Vaginaefixation nicht anschliessen. Diese Operation hat

prinzipiell dieselbe Berechtigung, wie die Prolapsoperation. Auch hier kann in vielen Fällen ja auch der Uterus durch ein Pessar zurückgehalten werden; trotzdem machen wir auch hier — um das Pessar zu vermeiden — eingreifende Operationen, die auch für die späteren Geburten nicht ganz gleichgiltig sind. Will man die Vaginaefixation verwerfen, so muss man dies auch bei den übrigen Fixierungsoperationen — besonders der Ventrifixation, aber auch bei der Alexanderoperation thun, die ebenfalls zuweilen von schweren Nachteilen begleitet sind. — Die Entrüstung, welche sich über die Vaginaefixation jetzt geltend macht, kommt zu spät: sie hätte sich sofort bei den ersten derartigen Operationen einstellen sollen: dann hätten die ungünstigen Geburtsfälle, über die man jetzt über Gebühr jammert, vermieden werden können: allein man hatte augenscheinlich bei den jetzigen Tadlern damals ebensowenig eine Vorstellung, wie bei denen, welche die Operation zuerst ausführten. — Die Einwendung, dass die Operation unnatürliche Lageveränderung der Beckenorgane schaffe, ist irrevelant. Es ist einerlei, wie die letzteren liegen, wenn nur der Zweck — Heilung — erzielt wird. Als ein Beispiel derartiger künstlicher erlaubter Lageveränderung führt Redner gerade die Freund'sche Operation zum Verschluss schwerer Scheidenfisteln an.

Redner hat sich hauptsächlich für die Vaginaefixation als Hilfsoperation der Prolapsoperation interessiert, welche die Prognose in Bezug auf Dauerheilung wesentlich verbessert. Er fragt, ob man auch in solchen Fällen schlimme Erfahrung bei den späteren Geburten gemacht habe?

Herr Kiefer erwähnt, dass in der Klinik von A. Martin mit der Vaginaefixation bei Prolaps gute Resultate erzielt worden seien. Man solle die Fixation nur 2 cm über der Plica machen.

Herr Asch-Breslau hält die Vesicifixation bei Virgines für schwieriger als die Alexander'sche Operation. Die Gefahr der Hernien bei der letzteren bestehe nicht, wenn man von der Spaltung des Leistenkanals Abstand nehme. A. ist in 30 Fällen so zum Ziele gekommen. Auch der Hautschnitt solle nur 3—5 cm betragen, dann gebe es keine entstellenden Narben.

Herr Stratz erwähnt, dass, wie Hegar schon 1892 gezeigt, die Perineoplastik unter Umständen allein die Retroflexio heilen könne. Er verweist ferner auf seine mit dieser letzteren combinierten Methode der Retrofixatio colli. Er hat 15 mal diese Operation gemacht, davon haben 3 geboren, nur eine ist danach recidiv geworden.

Herr Sänger bemerkt, dass er allerdings bei Prolapsoperationen in einer Anzahl von Fällen die vaginale Antefixation des Uterus ausgeführt habe mit gutem Erfolg und ohne spätere Störungen. Sonst habe er seit ca. $^3/_4$ Jahren wegen Retroflexio keine derartige Operation mehr unternommen. — Es kommt bei Prolapsen vor allem darauf an, den herabgesunkenen Uterus wieder hoch in das Becken hinaufzubringen. Während er bei Retrodeviationen des Uterus allein mit der Retrofixatio colli keine glänzenden Ergebnisse hatte, zeigte sich diese gerade bei gewissen Prolapsen sehr wirksam, wenn nur hinterher eine energische bis in den Fornix post. hinaufreichende Colpo-perineorrhaphie angeschlossen wurde, in deren Wichtigkeit er mit Herrn Stratz einig sei. Er führe sowohl die vordere Colporrhaphie wie die Colpo-perineorrhaphie nach seiner Methode der medianen Lappenspaltung aus. Bei Elongation des Collum wird dieses nach Kaltenbach hoch excidiert. Diese Excisio colli alta verstümmelt nicht und bewirkt eine so hohe Fixation des Uterus an Fascia pelvis und Peritoneum, dass man später oft Mühe hat, ihn mit dem Finger zu erreichen. Wo die vordere Fixation des Corpus Uteri so viele Misslichkeiten zeitigte, wird man immer wieder auf die Retrofixation des Collum hingedrängt. Hier ist ja auch entschieden die physiologisch richtigste Stelle für die künstliche Richtiglagerung des Uterus zu suchen.

Auffallend finde er, dass Herr Freund gerade die kongenitale Retroflexio der Vaginaefixation unterwirft, um der Sterilität willen. Er habe immer die Auffassung gehabt, dass das für die Trägerin die Normallage sei und sie höchstens korrigiert, wenn es leicht möglich war, dagegen suche er stets die erworbenen Retrodeviationen zu korrigieren. Denn wir müssen entschieden an dem Lebenswerk Schultze's festhalten, das jetzt vielfach angegriffen wurde, wonach sonst einzig und allein die bewegliche Anteversio-flexio Uteri dessen Normallage sei und auch zu erhalten und immer wieder herzustellen sei.

Herr Eberhart möchte vorschlagen, dass Vaginaefixationen nur dann ge-

macht werden, wenn die Frauen jenseits des Klimax sind, also nicht mehr konzipieren können.

Herr W. A. Freund. Auch er behandele die erworbene Retroflexio mit Pessarien.

Herr v. Wild. Die vorher anderweitig vergebens behandelten Frauen liefern keinen Beweis für eine Indikation zur Operation. Die Frauen hören von dem neuen Verfahren und verlassen das alte, besonders in Berlin, wo kranke Frauen erstaunliche gynäkologische Bildung aufzuweisen haben und ihre früheren Leidensgenossinnen anfangs ohne Beschwerden und ohne die Nothwendigkeit weiterer Behandlung sehen.

Herr Mackenrodt, (Schlusswort). Ein Viertel aller mit Pessar behandelten Frauen werde des Pessars bald überdrüssig. Er habe gar nicht von der Vaginaefixation heute gesprochen, er sei ja gegen sie aufgetreten. Die Technik der Vesicifixation sei nicht so schwierig, der Blutverlust sei unbedeutend. Die Modifikation, welche A. Martin jetzt mache, bewirke in der Schwangerschaft eine trichterförmige Einziehung der Scheide; intra partum könne die Scheide zerreissen. Die Ventrifixation mache Bauchbrüche und leiste beim Prolaps nichts. Sie führe im Gegensatz zur Vaginaefixation zu Rezidiven.

V. Sitzung Donnerstag, den 24. September, Vormittags.

Vorsitzender Herr Fritsch-Bonn.

I. Demonstration von Präparaten:

Herr Emmerich (Nürnberg) demonstriert ein höchstgradig osteomalacisches Becken von einer 45jährigen Frau, die er durch nahezu 20 Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte. Dieselbe hatte 3 normale Geburten; bei der 4. wurde er zur Geburt gerufen und fand ein osteomalacisch degeneriertes Becken, sodass die Sectio caesarea unvermeidlich schien. Die Geburt erfolgte jedoch bei der grossen Weichheit der Beckenknochen ohne Kunsthilfe. Dieses Kind wurde rhachitisch geboren, litt an häufigen eklamptischen und Stimmritzenkrampfanfällen und ging mit 13 Jahren nach mangelhafter geistiger Entwickelung unter einem epileptiformen Anfalle zu Grunde.

Danach folgte noch dreimalige Gravidität, die stets durch künstlichen Abortus unterbrochen werden musste.

Die medikamentöse Behandlung (mittelst phosphorsaurem Kalk, Phosphorleberthran u. dgl.) war fruchtlos, nur nach einer mehrwöchentlichen besseren Ernährung in der Erlanger Klinik trat vorübergehende Besserung ein.

Die Frau starb unter hydropischen Erscheinungen, die durch ein Vitium cordis mit Albuminurie bedingt waren. Die Körperlänge war bei der Sektion (von ca. 160 cm vor 20 Jahren) auf 116 cm zurückgegangen, das ganze Skelett bis auf dem Schädel osteomalacisch verändert.

Das Präparat wird der Erlanger Sammlung einverleibt.

Herr Robert Asch — Breslau zeigt ein Geburtsbesteck, bei dem an Prinzip festgehalten ist, die Sterilisation durch Kochen in Sodalösung vorzunehmen; er bewahrt die Instrumente getrennt in Geburtskasten, Abortkasten und Nahtkasten so auf, dass sie nebeneinander gebrauchsfertig auf einem Einsatz liegen, aber auch bei senkrechter Aufstellung der Kästen nicht untereinanderfallen dadurch, dass sie in Kämmen mit Einschnitten unter 45° liegen. Natürlich kann man auch zu Hause auskochen und, ohne die Instrumente durcheinanderzuschütteln, die Sodalösung abgiesssen und so die sterilen Instrumente gleich mitnehmen; auch strömender Wasserdampf ist anwendbar.

Herr Ahlfeld demonstriert eine Hebammentasche, die in sehr kompendiöser Form die Einrichtungen für die Heisswasser-Alkohol-Händedesinfektion und Kochapparat mit Spiritusbrenner für die Sterilisierung der Hebammeninstrumente und der etwa zur Tamponade zu gebrauchenden Watte enthält nebst allen übrigen für die Praxis vorgeschriebenen Utensilien. Die Tasche ist beim Instrumentenmacher Holzhauer in Marburg käuflich.

Herr Robert Asch — Breslau: Ueber Verordnung von Bauchbinden.

Ueber Enteroptose, deren Gründe und Folgen, bedarf es hier kaum einer längeren Auseinandersetzung. Nur scheint es mir, als ob immer noch häufig Fälle von mässigem Hängebauch mit immerhin starken Folgezuständen der Bemerkung der Fachkollegen deswegen entgingen, weil sie sich nicht daran gewöhnt haben, ausser im Liegen auch im Stehen die Pat. zu inspizieren. Am häufigsten werden Binden, die fabrikmässig hergestellt, viel zu ausgeschweift gearbeitet sind, nach schematischen Massen verordnet, die aber ihren Zweck um so weniger erfüllen, als sie ihrer Konstruktion wegen nicht im Liegen, sondern nur im Stehen oder Sitzen angelegt werden können. Ich halte es für dringend geboten, dass der Arzt jede Binde für die einzelne Pat. anfertigen lässt, den Schnitt selbst anfertigt, eine bei einiger Uebung verhältnismässig geringe Mühe, und die Anprobe nicht dem Laien-Bandagisten überlassen darf. Die Binde muss so konstruiert sein, dass sie, im Liegen vor dem Aufstehen morgens umgelegt, den Leib in der Normalform erhält, die er zu dieser Zeit aufweist. Deshalb lasse ich die Gurte hinten nur kreuzen und vorn rechts und links von der Mittellinie an Schnallen, deren Sitz bei dem Anfertigen des Schnittes vorgeschrieben ist, befestigten. Schenkelbänder, die auch durch Bänder nach den Strümpfen ersetzt werden können, verhindern das Heraufgleiten.

Herr Mackenrodt ist gegen die Schenkelriemen.

Herr Stratz empfiehlt die indische Gurita.

Herr v. Wild lässt nach Puerperien vom 10. Tage ab die Frauen Gymnastik treiben, als Prophylacticum gegen Hängebauch.

Herr Asch widerspricht den gegen die Schenkelriemen geäusserten Bedenken.

Herr R. Biermer — Bonn demonstriert einen neuen Operationstisch für Beckenhochlagerung bei Laparotomie. Ausführliche Beschreibung folgt im Centralblatt.

Zugleich demonstriert derselbe einen neuen Nadelhalter für Hagedornnadeln.

Herr Pfannenstiel spricht sich gegen das Prinzip der Beckenhochlagerung durch Beckenbock aus und tritt für die Trendelenburg'sche Lagerung ein.

Herr Pfannenstiel — Breslau demonstriert:

1. ein durch Laparotomie in voller Kontinuität gewonnenes Präparat von Myoma uteri mit Pyosalpinx und papillärer Cyste des Ovariums der linken Seite, sowie einem kleineren Adnextumor der rechten Seite.

Die Patientin, von der das Präparat stammte, war seit Jahren unterleibskrank, ohne dass die Ursache recht zu eruieren war. 3 Entbindungen. Wochenbetten angeblich nicht gestört. Beginnendes Klimacterium (47 J.) ohne starke Blutungen. Arbeitsunfähigkeit infolge anhaltender Schmerzen im Kreuz und Unterleib.

Bei der Untersuchung ist oberhalb der Symphyse ein billardballgrosser, harter beweglicher Tumor fühlbar, rechts von der Medianlinie, dem Uteruskörper angehörend, Portio hochstehend, dicht hinter der Symphyse. Hinteres Scheidengewölbe stark vorgebuchtet durch einen teigigen unverschieblichen Tumor von Kindskopfgrösse, welcher das Becken prall erfüllt, besonders hinten und links, daselbst ca. 3 Finger breit über die Beckenapertur emporragend, nach rechts sich hinter dem Uterus herum erstreckt bis in die rechte Beckenhälfte, nur einen schmalen Spalt am Beckenrand freilassend.

Die Differentialdiagnose schwankte, abgesehen von dem leicht erkennbaren Uterusmyom, zwischen Beckenexsudat (Pyocele peruterina inveterata) und Neubildung, ausgehend von dem linken Ovarium. Probepunktion per vaginam ergab klare gelbliche seröse Flüssigkeit.

Die Laparotomie war enorm schwierig wegen fester allseitiger Adhaesionen der Beckenorgane, so dass die Auslösung zum grössten Teil mit Paquelin und Messer erfolgen musste. Der Uterus wurde supravaginal abgetragen. Glatte Heilung. Vollkommenes Wohlbefinden — bis auf klimacterische Blutwallungen — nach 4 Monaten.

Das Uterusmyom entspricht dem Fundus. Die rechtsseitigen Adnexa bieten das typische Bild der chronischen Salpingo-Oophoritis ohne Eiterung, aber mit massenhafter Adhaesionsbildung, die linken Adnexa bestehen aus 2 zusammenhängenden je einkammrigen Cysten, deren mediane, gänseeigross, mit dickem

rahmigem Eiter erfüllt und von einer bis 1 cm dicken, innen gleichmässig gekörnten Grunulationsmembran ausgekleidet ist, während die laterale, mit ersterer stark verwachsene, überfaustgrosse Cyste dünnwandiger ist, seröse gelbliche Flüssigkeit entleert und an einzelnen Stellen spärliche und niedrige papilläre Wucherungen auf der sonst sehnigen und glatten Innenfläche aufweist. Genauere Untersuchung zeigt, dass erstere Cyste der Tube angehört und eine Pyosalpinx darstellt, während die laterale eine uniloculäre Ovariencyste ist.

Der Fall lehrt, dass die diagnostische Punktion trotz positivem Resultat nicht immer eindeutig zu sein braucht, insofern seröse Flüssigkeit entleert wurde und doch — in der dicht benachbarten Kammer Eiter vorhanden war. Die Ovariencyste erwies sich als frei von proliferierenden Epithelformationen in der Wandung, dagegen als epithelführend. Die Papillen waren dicke bindegewebige von einschichtigen Cylinderepithel bedeckte Wucherungen. (Fibroma papillare).

2. Eine kindskopfgrosse uniloculäre Ovariencyste, welche er einer 38jähr. IX.-para in 4. Monat der Gravidität ohne Störung entfernt hatte. Diese Cyste, deren Wandung noch vereinzelte Follikel zeigt, erwies sich als epithellos und erfüllt mit dünner seröser Flüssigkeit. Die Wandung war fibrös ohne besondere Merkmale, auch ohne wellige (Lutein) Membran.

Vortragender macht auf den Unterschied der Ovariencysten der beiden Fälle aufmerksam und erwähnt, dass nach seinen Untersuchungen die unter dem Namen „Hydrops des Graaf'schen Follikels" bekannten Ovariencysten, genetisch und hystologisch, nicht immer gleichartig sind. Er unterscheidet, unter Aussonderung der Corpus-luteum-Cysten als einer besonderen Categorie, 2 Arten des Hydrops folliculi: 1) den vollkommen epithellosen wie er in dem 2. demonstrierten Falle zu Tage tritt und 2) den von Epithel ausgekleideten (1. Demonstrationspräparat).

Der epithellose Follikelhydrops ist der eigentliche Hydrops und kommt am häufigsten vor, er ist in der Regel das Produkt der chronischen Oophoritis und stellt einen sterilen verödeten Follikel dar, er bedeutet einen degenerativen Process; er kann bis kindskopfgross werden durch Transsudation von der Wandung her, kommt aber dann durch atrophische Wandverdünnung zum Wachsthumsstillstand und kann als solcher lange Zeit unverändert bestehen bleiben.

Die epitheliale uniloculäre Ovariencyste dagegen ist seltener, sie kann eine viel bedeutendere Grösse erreichen, wahrscheinlich bis weit über Mannskopfgrösse und ist den Neubildungen zuzurechnen. Der vorgezeigte Fall, zeigt, dass er sich auch auf entzündlicher Basis entwickeln kann, doch giebt es noch andere Aetiologien. Diese Fälle müssen von den Cystadenomen des Eierstockes, den eigentlichen proliferierenden epithelialen Neubildungen als besondere Gruppe abgetrennt werden, insofern sich in ihrer Wandung nicht die drüsenschlauchähnlichen Wucherungen mit charakteristischer Epithelformation finden, die den Cystadenomen eigenthümlich sind.

In Uebereinstimmung mit Steffeck und Bulius leitet der Vortragende die primär uniloculären epithelialen Cysten des Eierstockes von den Graaf'schen Follikeln ab, deren Granulosaepithel, während das Ei zu Grunde geht, sich zu Cylinderepithel transformiert, weiter proliferiert, secerniert, auf diese Weise die Cyste bildend. Solche Cysten können sekundär durch bindegewebige Wandproliferation papillär werden, sie können das Epithel später wieder verlieren durch Fettdegeneration, sie können aber auch, wie nach den Untersuchungen von Steffeek wahrscheinlich gemacht ist durch epitheliale Einstülpungen und Abschnürungen zu Tochtercystenbildung Veranlassung geben, was allerdings Vortragender selbst nicht beobachtet hat.

Discussion:

Herr v. Slavjansky: Hydrops follic, ovarii sei noch kein abgegrenzter Begriff. Der vom Herrn Vortragenden erwähnte Fall I zeige ein gut erhaltenes Cylinderepithel ohne Abplattungen, wie sie sonst bei solch' grossen Retentionscysten vorzukommen pflegen. Auch spräche die Einstülpung des Oberflächenepithels gegen die Annahme einer einfachen Retentionscyste. Die Cysten ohne Epithel — bezw. Endothelauskleidung entsprächen nicht dem Begriffe der Retentionscysten anderer Körperteile.

Herr Bulius — Freiburg zeigt zur Bestätigung des von Herrn Pfannenstiel über die Entstehung der mit Epithel ausgekleideten einfächerigen Cysten Gesagten ein mikroskopisches Präparat.

Herr Pfannenstiel—Breslau: Ueber die Chlorzinkstiftbehandlung des Uterus bei klimacterischen Blutungen.

Pfannenstiel berichtet über einen Fall von unstillbaren klimacterischen, nicht carcinomatösen Blutungen bei einer Frau mit sonst gesunden Körperorganen, bei welcher er eine Chlorzinkätzpaste nach Dumontpallier in den zuvor stark dilatirten Uteruskörper hineinknetete und trotzdem kein dauerndes Heilresultat mit dieser Methode erzielen konnte. Zwar wurde die erstrebte Verätzung in grosser Intensität erreicht und am 5. Tage nach der Behandlung ein Sequester ausgestossen von Grösse und Gestalt eines senil geschrumpften Uterus, aber die darauffolgende Amenorrhoe dauerte nur ein Vierteljahr an und es musste deshalb später die Totalexstirpation des Uterus ausgeführt werden, um die Frau von dem Verblutungstode zu retten, was übrigens ohne Störung gelang.

Die Betrachtung des uterinen Sequesters lehrt, dass seine Demarkationszone allerseits tief in die Muskulatur des Uterus hineinragte (durchschnittliche Wanddicke $^{3}/_{4}$ cm) und dass derselbe einen Hohlraum umschloss, in welchem noch Reste der Stiftmasse enthalten waren. Verdünnt war die Wandung nur in der Gegend der Cervix und an einer nagelgliedgrossen Stelle an der dem Fundus entsprechenden Kuppe des Präparates, woselbst der Sequester porös, durchlöchert erschien.

In der Zeit der Amenorrhoe war der Uterus für die Sonde nicht passierbar, obliteriert. Zunehmende Schmerzen und Vergrösserung des Uterus deuteten auf Haematometrabildung hin. Dieselbe führte zur Entleerung, indem sich das Blut seinen Weg durch den obliterierten Uterusabschnitt bahnte.

Der herausgeschnittene Uterus zeigt, abgesehen von einem kleinwallnussgrossen Myom der vorderen Wand —, dass sich im Fundusteil eine dreizipflige Höhle von etwa Nagelgliedgrösse gebildet hatte, eine Schleimhautbekleidung trug und Blut enthielt. Die Regeneration der Schleimhaut war offenbar an der Stelle erfolgt, wo der Sequester die geringe Dicke aufwies und porös erschien. Unterhalb dieser Höhlung war nirgends mehr Schleimhaut zu finden, sondern führte nur ein dünner fistulöser Kanal nach aussen, durch welchen das Blut abgeflossen war. Vortr. demonstriert die makroskopischen und mikroskopischen Präparate und weist auf die ungeheure Regenerationskraft der Uterusschleimhaut aus kleinsten Inseln hin. Der Fall selbst beweist, dass in den seltenen Fällen, in denen die anteklimacterischen Blutungen eine Totalexstirpation erheischen, dieselbe sich nicht mit Sicherheit durch die künstliche Obliteration des Uteruscavum ersetzen lässt. Vortragender hatte die Aetzpaste bis in den Fundus hineingeknetet und doch keinen Dauererfolg erzielt. Auch würde er das Verfahren nicht zum zweiten Male anwenden, da dasselbe bis zur Ausstossung des Sequesters ganz enorme Schmerzen veranlasst, welche in diesem Falle durch die stärksten Morphiumdosen nicht beseitigt werden konnten.

Der Fall wird mit ausführlicher mikroskopischer Untersuchung durch Herrn Dr. Jung an anderer Stelle veröffentlicht werden.

Diskussion:

Die Herrn Flatau, v. Slavjansky Mackenrodt, Fritsch warnen vor der Chlorzinkstiftbehandlung des Uterus.

Herr W. A. Freund warnt gleichfalls auf Grund von drei von ihm beobachteten Fällen aus der Praxis von Frauen-Aerzten vor dieser Behandlungsmethode. Zwei Kranke boten das Bild sehr breiter Atresia uteri; die dritte ist nach Injektion von 50 pCt. Chlorzinklösung in den Uterus an Peritonitis acutissima gestorben. Dieser Fall hat zu gerichtlicher Verfolgung des Arztes Veranlassung gegeben.

Herr Gottschalk — Berlin räth bei unstillbarer klimakterischer Blutung zuerst nach Ablösung der Blase die doppelseitige Unterbindung der Vasa uterina, mittelst je 3 das untere Drittel des Lig. lat. ligierenden übereinandergreifenden Seidenligaturen zu machen, bevor man sich aus dieser Indikation zur Totalextirpation des Uterus entschliesst. Er habe mit ihr ausgezeichnete Erfolge.

Herr Kehrer — Heidelberg. Fall von Polymastia axillaris.

Kehrer zeigt die Photographie einer Puerpera, welche in jeder Axillarhöhle zwei von einander deutlich getrennte Brustdrüsen enthielt. Diese Drüsen hatten keine Areolen oder Papillen, waren von der behaarten Achselhaut überzogen, schwollen mit den Brüsten an und nach ca. 7 Tagen wieder ab. Redner leitet

dieselbe von der epithelialen Milchleisten ab, welche vorn weit auseinander stehen, rückwärts convergieren. Aus unbekannten Gründen obliterieren die Gänge, nachdem die epithelialen Drüsenbläschen sich gebildet haben und so entstehen dann ganglose Drüsen.

Herr Kehrer. Ueber Behandlung der Geburten bei Putrescenz des Foetus.

Bei der grossen Gefährlichkeit der längeren Verhaltung faulender Früchte (Staude 50, Hofmeier 28 pCt. Todesfälle) ist es nötig, einen zumal frisch abgestorbenen Foetus möglichst bald nach dem Blasensprunge zu extrahieren, weil durch die Eihautöffnung Fäulnisbakterien zur Frucht vordringen und oft schon nach wenigen Stunden Putrescenz des Inhaltes bedingen. Die Extraction muss möglichst schonend, am besten nach Perforation oder Embryotomie, geschehen. Bieten Becken oder Weichteile grosse Hindernisse, so dass schwere Genitalverletzungen zu erwarten sind, so ist es, ebenso wie bei beginnender Gangraena uteri, vielleicht von Vorteil per laparotomiam den Uterus supravaginal oder total zu entfernen. Redner teilt einen Fall mit, in dem der ca. 24 Stunden abgestorbene Foetus stark gefault, die Cervix (nach Prolaps) sehr lang induriert und nur für 2 Finger durchgängig war. Nach vergeblichen Perforationsversuchen Wendung und Extraction, dann Uterustamponade wegen atonischer Blutung. Die Frau starb nach 36 Stunden an Sapraemie, bei beginnender Gangraena uteri und nicht durchdringenden Einkerbungen des Contraktionsrings.

Diskussion:

Herr W. A. Freund verbreitet sich über Exstirpation des septischen puerperalen Uterus mit Entfernung eventl. Unterbindung der phlebitisch erkrankten Vena spermatica interna. Er berichtet über zwei letal verlaufene Fälle.

Herr Thorn glaubt, dass in einem solchen Falle, wie ihn Herr Kehrer schildert — einen ähnlichen hat Thorn behandelt — es gelingen werde durch Umschneidung der Vagina, Hochschieben der Blase, Aufschlitzen der Cervix in der Medianlinie nach Bedürfnis, Perforation resp. Zerstückelung der Frucht den Uterus zu entleeren. Handelt es sich lediglich um Intoxication durch die abgestorbene Frucht, so wird diese Entleerung genügen; dauern die Erscheinungen weiter oder glaubt man, dass septische Prozesse vorliegen, so exstripiere man vaginal den Uterus. In solchen Fällen hat der vaginale Weg vor dem abdominalen den Vorzug.

Herr Kehrer warnt vor dem vaginalen Vorgehen, weil es frische Wunden im parametranen Bindegewebe setzt.

Herr Fritsch hat einmal in solchem Falle von Sepsis die vaginale Totalexstirpation gemacht, nie wieder. Man solle in einem solchen Falle nur abdominal operieren. Von sauberer, leichter Operation könne man hier nicht sprechen. Die Freund'sche Operation sei hier viel glatter; bezüglich der Indikationsstellung stimme er Herrn Kehrer bei.

Herr v. Herff empfiehlt bei Sepsis, wenn man sich zur Operation entschliesst, die Totalexstirpation.

Herr Kehrer (Schlusswort), möchte nur in Fällen schwerer, mechanischer Hindernisse durch Becken oder Weichtheile, welche nur durch eingreifende Operationen zu überwinden sind, sowie bei begonnener Gangraena uteri zur Porro-Operation greifen.

Herr v. Herff. Ueber Scheidenkrebs nebst Bemerkungen über Impfrecidive.

Vortragender betont die relative Seltenheit des Vorkommens von Scheidenkrebs, dessen Aetiologie noch völlig unbekannt sei. Den vielfach beschuldigten Pessardruck kann Redner höchstens als eine prädisponierende Ursache ansehen, wenn eben das Ganze nicht ein Spiel des Zufalls ist. Kleinere Carcinome will er ohne besonderen Erweiterungsschnitt entfernen. Für ausgebreitetere erscheint ihm der mediane Damm- bezw. tiefe Scheidendammschnitt völlig ausreichend, während das Schuchardt'sche Verfahren nur ganz ausnahmsweise in Frage kommen sollte. Exstirpationen der Scheide würde er durch den perinealen Querschnitt vornehmen. Um möglichst im Gesunden zu operieren, entfernte Vortragender stets den ganzen Uterus und hält die hohe Collumexcision nicht für ganz ausreichend. — Des Vortragenden Ausführungen über die sogen. Impfrecidive gipfeln darin, dass man über deren Häufigkeit und Vorkommen etwas sicheres

nicht wisse. Nur soviel könne man behaupten, dass eine Uebertragung des Krebses ausserordentlich schwer erfolgt.

Diskussion:

Herr W. A. Freund spricht gegen das Zustandekommen der Impfrecidive auf Grund eigener Beobachtungen und auf Grund von pathologisch-anatomischen Untersuchungen Anderer. (Hauser, Seelig).

Herr Mackenrodt. Die Entscheidung, ob Impfrecidiv oder nicht, sei schwierig. Doch sei bei operativem Vorgehen die Möglichkeit eines Impfrecidivs zu berücksichtigen (Igniexstirpation).

Herr Strassmann. Als Impfcarcinome der Scheide seien die sogen. Abklatschcarcinome anzusehen, ebenso gäbe es ein nicht primäres Impfcarcinom bei der operativen Entfernung des Carcinoms; das Carcinom heile hier in die Wundfläche ein.

Herr Pfannenstiel räth, die Impfinfektion nicht zu sehr zu unterschätzen. Es kämen ja auch nach der Entfernung von Pseudomucincystomen Impfinfektionen in der Bauchwunde vor. Das sei bei der Operation zu berücksichtigen.

VI. Sitzung, Donnerstag, den 24. September, Nachmittags.

Vorsitzender: Herr Leopold-Dresden.

Herr P. Strassmann-Berlin. Ueber die Geburt der Schultern und über Cleidotomie.

Meist ist bei der Geburt der Schultern keine Hülfe nötig. Oft wird zu früh eingegriffen, die nächste Wehe oder die Bauchpresse bringt sie heraus. Dammschutz ist aber erforderlich, da auch die Schultern einen Dammriss machen können.

Der Mechanismus der Geburt der Schultern ist derselbe wie der des Steisses bei Steisslagen: die vordere Schulter tritt unter den Arcus pubis, stemmt sich an, die hintere tritt über den Damm. Bei Ueberdrehung kann die Schulter der hinteren Seite zuerst geboren werden und sich anstemmen. — Dass die hintere Schulter zuerst erscheint, sich auf den Damm stützt und die vordere dann unter dem Arcus hervortritt, ist unwahrscheinlich. Bei der Entwickelung der Schultern wäre der Kopf daher zuerst nach abwärts zu drängen.

Es empfiehlt sich aber, sich der Expression in weitestem Masse zu bedienen. Diese kann die Hebamme, muss in schweren Fällen der Arzt mit beiden Händen übernehmen. Die Schultern werden dabei erst in und durch das Becken gebracht. Der Druck hört auf, wenn die Schulter im Introitus sichtbar wird. Dann kann in die Achsel eingehakt und in der bekannten Weise der Rumpf extrahiert werden. — Ist die Expression vergeblich, so folgt der Versuch, einen Arm herabzuholen. (Wichtig auch für Missbildungen.) Dabei kann das Schlüsselbein frakturiert werden, was die Geburt der Schulter bei frischer Frucht sehr erleichtert.

Der Haken ist zu verwerfen: bei hochstehender Schulter ist er gefährlich, bei tiefer nicht nötig. Sind Handgriffe vergeblich, so ist Verkleinerung indiziert. Der Schultergürtel hat dann den Beckeneingang noch nicht passiert Darin besteht nicht so selten auch die Ursache der verzögerten Austreibung des Kopfes. Auch liegt darin die Erklärung für manche spontane Uterusruptur bei tief im Becken stehendem Kopfe. Einen solchen Fall beobachtete Strassmann bei einer 23jährigen Frau mit normalem Becken, einer Frucht von 4100 gr und 43,5 cm Schulterumfang.

Ist die Schulter nicht erreichbar oder nur mit gefährlichen Manipulationen (bestehende Dehnung des unteren Uterinsegmentes) herabzubringen, so ist es rationell nach dem Vorgehen von Phenomenoff, das auch von Knorr schon befolgt worden ist, den bisacromialen Durchmesser zu verkleinern und mit Durchschneidung der Clarivula den knöchernen Schultergürtel zu sprengen.

In zwei Fällen hat sich dies Verfahren sehr bewährt:

1. 37, IX. p. Allgemein verengtes Becken, kein lebendes Kind. Nach der letzten Geburt Blasenscheidenfistel. Durch Operation geheilt. Wegen drohender Ruptur bei 38,3 und 114 Pulsen, narbig verengter Scheide, Zangenversuch. Dann Perforation, Cranioextraktion, Stillstand der Geburt. Schulter nicht herabzuleiten.

   Cleidotomie. Arm nun leicht herabzuführen. 54 cm langes Mädchen, 3700 gr, 41 cm Schulterumfang. Wochenbett normal.
2. 32, Ip. Allgemein verengtes Becken; — nach viertägiger Geburtsdauer (38,0, Puls 126). Porforation des toten Kindes. Schulter manuell nicht zu entwickeln, da Achsel nicht erreichbar.

   Cleidotomie. Expression. — Wochenbett normal. Die Operation ist schonend und leicht und dürfte die Eventeration fast immer überflüssig machen. Die einseitige Cleidotomie wird, wie es nach den obigen Fällen scheint, genügen, ausnahmsweise kann sie doppelseitig gemacht werden.

Herr Gottschalk-Berlin. Ueber die Kastratrionsatophie der Gebärmutter.

Einleitend betont Vortragender die Lückenhaftigkeit dessen, was wir über die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Uterus nach der Kastration und über die Ursache der Kastrationsatrophie wissen. Er berichtet dann an der Hand von mikroskopischen Präparaten über Untersuchungsbefunde, die er an einem, 3 Jahre nach der Kastration bei einer 34jährigen Frau von ihm exstirpierten, hochgradigst atrophischen Uterus gewonnen hat.

Die Indikation für die doppelseitige Adnexexstirpation hat s. Zt. schwere gonorrhoische Eileitererkrankung abgegeben, diejenige für die Exstirpation des Uterus unstillbare, dünnflüssige mehr wässerige Absonderung aus dem Uterus, die 1 Jahr nach der Kastration zuerst in Gestalt vicariierender Menstruation aufgetreten war, zuletzt aber fast ununterbrochen anhielt und die Frau aufs äusserste erschöpft hatte. Der Uterus war $1^1/_2$ Jahre nach der Kastration von 8 auf 5 cm und bei der Exstirpation bis auf $4^1/_2$ cm ganze Höhenlänge geschrumpft, der Halskanal mass noch 2 cm. Die maximale Dicke der Uteruswand betrug 1 cm, die der Schleimhaut 0,5 mm. Die Uterusmuskulatur auffallend blass, die Schleimhaut blassrot. Die histologischen Veränderungen infolge der Kastration sind an Corpus und Cervix verschiedengradig und verschiedenartig.

1. Am Corpus:
   A) Die Schleimhaut: Hochgradigste Atrophie, besonders an der vorderen und hinteren Wand, weniger in den Kanten und dem eigentlichen Gebärmuttergrunde. Das Oberflächenepithel hochgradigst abgeplattet, stellenweise einem ganz schmalen Endothelsaume gleichend, der sich leicht von seiner Unterlage abhebt. Flimmerbesatz fehlt: ebenso an dem kubischen Drüsenepithel. Die Drüsen an der vorderen und hinteren Wand zum Teil zu Grunde gegangen, die hier übrig gebliebenen sind kurz und fast ohne Lichtung, münden frei an der Oberfläche. In den Kanten und vor allem in der Wand des Fundus uteri sind die Drüsen an Zahl kaum verringert, aber grade gestreckt ohne jegliche Abzweigung bezw. Schlängelung und von enger Lichtung. In den Kanten finden sich einzelne Drüsenkrypten. Die Drüsen erstrecken sich hier und besonders in der Wand des Fundus abnorm tief in die Muskulatur; hier stellenweise so tief, dass $^1/_3$ der Drüse der Schleimhaut, $^2/_3$ der Muskulatur angehört. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Hydrorrhoe hierin ihre Erklärung findet. Neben der geringen Höhe der Schleimhaut giebt sich ihr Schwund am auffallendsten in der Verarmung des Zwischendrüsengewebes an zelligen Bestandteilen und relativen Vermehrung der aber auch sehr locker gefügten fibrillären Substanz zu erkennen. Die Schleimhautcapillaren von schwacher Füllung. Die Schleimhaut entbehrt jeglicher entzündlichen Reaktion, dagegen finden sich in den Zellleibern Fettkörnchen.
   B) Die Muskulatur ist im Vergleich zur Schleimhaut ziemlich gut erhalten; wenn sie auch quantitativ gegen die Norm verloren hat, so bewahrt doch die einzelne Muskelzelle ihre typische Beschaffenheit

und bleibt im ganzen nicht weit unter der Durchschnittsgrösse. Auch sie weist Fettkörncheninfiltrationen auf. Das intermuskuläre-fibrilläre Bindegewebe ist vermehrt.

2. Am Cervix:
   A) Die Schleimhaut ist hier weit besser erhalten, vor allen Dingen höher, die Falten springen schon makroskopisch deutlich hervor. Das Grundgewebe ist weit zelleneicher, das Oberflächenepithel, wenn auch kubisch und ohne Flimmerbesatz, so doch gleichmässig und typisch geblieben, auch das kubische, flimmerlose Drüsenepithel von gleichmässig hübschem Aussehen und gut tingierbarem Kernkörper.
   B) Die Muskulatur ist hochgradiger atrophisch wie am Corpus. Die einzelne Muskelzelle bleibt stark hinter normaler Durchschnittsgrösse zurück, sodass sie stellenweise von einer schmalen Bindegewebszelle kaum unterschieden werden kann. Sicherlich kommen hier regressive Umwandlungen einzelner Muskelzellen zu Bindegewebsfibrillen vor; auch hier ist das intermuskuläre-fibrilläre Bindegewebe vermehrt.

Das Plattenepithel an der Aussenfläche der Vaginalportion ist gut erhalten.

Die Gefässe des Uterus sind an Zahl nicht merklich vermindert. Eine Endarteriitis obliterans lässt sich an ihnen nirgends mit Bestimmtheit wahrnehmen, auch keine hyaline Entartung; speziell ist die Media an den grösseren Arterien verhältnismässig kräftig geblieben.

Auffallend sind dagegen die Enge der Lichtung an vielen grösseren Gefässen bei starker Faltung der Intima und dürftiger Blutfüllung.

Bezüglich der Ursache der Castrationsatrophie fand G. keine Anhaltspunkte für die Auffassung, dass die Ausschaltung der Spermaticalanastomose bezw. als deren Folge eine Endarteriitis obliterans (Benckiser) die Atrophie verschulde. Die Endarteriitis obliterans sei nicht konstant, Verödung der uterinen Spermaticalanastomose habe keine Uterusatrophie zur Folge. Auch eine Nervendegeneration war am Uterus nicht nachweisbar, sodass auch hierin die Ursache der Atrophie nicht liegen könne.

Dagegen wiesen die überall deutlichen und sehr auffallenden Contractionszustände an den uterinen Gefässen darauf hin, dass nach der Castration der Tonus der Gefässwandung dauernd erhöht bleibe und es werde so die dürftige Füllung der Blutgefässe erklärt. Der Uterus bedürfe, solle er die ihm im geschlechtreifen Alter zukommende Grösse und Consistenz bewahren, des für ihn nutritiv-stimulierenden Vorganges der Eireifung, durch den periodisch eine Erschlaffung der uterinen Vasomotoren und damit ein periodischer Afflux ausgelöst werde; erlösche aber der Ovulationsprozess, sei es natürlich, sei es künstlich, so falle die periodische Erschlaffung seiner Vasomotoren und damit der periodische stärkere Blutzustrom weg, die uterinen Gefässwandungen verharren im gleichmässig gesteigerten Tonus, infolge davon werde die Blutzufuhr zum Uterus eine ungenügende und das Organ verfalle der Atrophie.

Als einzige anatomisch nachweisbare Ursache für die Hydrorrhoe sei nur das abnorm tiefe Hineinragen der Drüsen in die Muskulatur des Fundus aufzufinden gewesen. Mikroorganismen konnten im Gewebe und der Drüsen nicht nachgewiesen werden. Auch waren keine Spuren der abgelaufenen Gonorrhoe mehr zu erkennen. (Mikroskopische Belegpräparate werden demonstriert).

Herr Schaeffer-Heidelberg. a) Ueber die Verwertung der nicht drainierenden imprägnierten Gaze bei Postpartum- und parenchymatösen Höhlenblutungen.[1])

Die gewöhnliche Jodoformgaze tamponiert nicht eigentlich, sondern drainiert, daher gelegentliche Misserfolge wegen Durchsickern des Blutes; ebenso verliert die Gaze ihre Elastizität und damit ihren Reiz auf die Uteruswand zur Kontraktion, sobald sie sich vollgesogen hat.

Deshalb imprägnierte Vortragender die Gaze mit Guttapercha und diese[2]) hat folgende Eigenschaften:

Tauchte ich zwei Gazeknäuel (ein gewöhnliches und ein imprägniertes) je in ein höher stehendes, mit wässriger Farbstofflösung gefülltes Gefäss und in in tiefer stehendes mit reinem Wasser, so begann die nicht imprägnierte Gaze sofort den Farbstoff abwärts zu leiten und das untere Wasser, welches sie auch

aufwärts gehoben hatte, zu färben, — also zu drainieren, während die imprägnierte Gaze beiderseitig trocken blieb; die eintauchenden Ende der letzteren glänzten im Wasser wie eingeölt. Der anhaftende Farbstoff liess sich durch einfaches Schwenken im Wasser abspülen, während er der gewöhnlichen Gaze anhaften blieb, eingesogen in die Fasern.

Dieselben Resultate bei ganz benässten Gazestreifen und Körpertemperatur

Die Gaze wird steril verpackt, bleibt sterilisierbar und ist zugleic mit der Imgrägnation mit Jodoform oder Nosophen (Airol, Itrol) versehbar, ebenso mit dem nicht ätzenden Ferripyrin.[3])

Wichtig ist die Eigenschaft dieser Gaze, ihre Elastizität und damit ihren Reiz auf die Uteruswand beizubehalten, zumal auch zum Zweck der Einleitung der Frühgeburt.

b) Verwertung der nicht drainierenden imprägnierten Seide.[4])

Die sich mit Blutwasser vollsaugende, gewöhnliche entfettete Seide wird durch diese Eigenschaft, selbst wenn sie selbst gut sterilisiert und die Epidermis thunlichst mechanisch und antiseptisch sterilisiert ist, weiterhin leicht zum Brutboden nachträglich eindringender Keime.

Die mit Guttapercha imprägnierte Seide nimmt Atlasglanz und die guten Eigenschaften des Silkworm an, behlt aber dabei ihre Weichheit, ohne Flüssigkeit aufzusaugen.

c) Ueber eine Modification der Bauchnaht auf anatomischer Basis.[5])

Bisher wurde nicht genug die Nach-Innenleitung der äusseren Fascienschichte gegen die Fascia transversa bei der Vereinigung der Bauchschnittwundränder beachtet, daher keine eigentliche restitutio der Linea alba ad integrum. Am bedeutendsten unterhalb der Linea Douglasii.

Deshalb Nahtanlegung mit doppelt armiertem Faden derart, dass jede Nadel, nachdem die beiderseitigen Ränder der Fascia transversa + Serosa in die Wunde emporgezogen sind, ca. 2 cm weit vom Rande durch die Serosa, Fascia und die unterste Muskelrandschicht im Bogen in die Wunde zurückgeschoben wird, derart, dass sie aus der Muskelwundfläche wieder zu Tage tritt.

Die Fäden werden jetzt beiderseitig parallel der Muskelwundfläche emporgeführt, die Nadeln dann aber, ebenso wie unten, durch die obere Muskelrandschicht und durch die ganze Fascienschicht im Halbbogen geführt, sodass der Ausstich wieder ca. 2 cm weit von dem Muskelrande entfernt stattfindet.

Beim Zusammenziehen des Fadens wird schon spontan auch die obere Fascie einwärts gekrempelt, sodass ihre Wundränder denen der Fascia transversa — zwischen den Muskeln hindurch — entgegengedrückt werden. Die mitgefassten Muskelrandschichten unterstützen dies. Sodann tieffassende Schlussnaht.

Herr C. Jacoby-Strassburg. Ueber das Sphacelotoxin, den wirksamen Bestandteil des Mutterkorns.

J. teilt mit, dass er aus dem Mutterkorn drei Substanzen isolirt habe, welchen die von Kobert beschriebene Wirkung der Sphacelinsäure auf den Hahnenkamm zukommt, und welche gleichfalls die motorische Funktion des Uterus im Sinne des Mutterkorns erregen. Diese Substanzen sind das Chrysotoxin, das Secalin-toxin und das Sphacelotoxin. Bei der Untersuchung ergab sich, dass das N-freie Sphacelotoxin (bereits in Gaben von 5 mg am Hahne wirksam) es ist, welches in Verbindung mit dem an sich unwirksamen, eine phenolartige Verbindung von der Formel $C_{21} H_{22} O_9$ darstellenden Ergochrysin das Chrysotoxin; mit dem kristallisirt ebenfalls an sich unwirksamen Alkaloid Secalin, das im Sinne des Sphacelotoxins wirksame Alkaloid Secalintoxin bildet.

Dieses letztere, welches mit dem von Keller als Cornutin beschriebenen Alkaloid identisch sein dürfte. hat, da ihm Krampfwirkungen durchaus fehlen, mit dem Cornutin Kobert's nichts zu thun. Da das Sphacelotoxin sich sehr schnell

---

[1]) In extenso publiciert in der Münch. med. Wochenschr. 1896.
[2]) Hergestellt von der Casseler Verbandstofffabrik Evens u. Pistor.
[3]) Vergl. in der Münch. med. Wochenschr. 1895, Dezbr.
[4]) In extenso publ. im Centrbl. f. Gyn. 1896.
[5]) In ext. publ. im Centrbl. f. Gyn. 1896 mit Abbild.

zersetzt, ebenso das Secalintoxin nicht die nöthige Haltbarkeit besitzt, dagegen das Chrysotoxin nach den bisherigen Erfahrungen sich unverändert über Jahre wirksam erhält, und seine Natriumverbindung in Wasser löslich, sich zur subcut. Injection eignet, so dürfte diese Verbindung des Sphacelotoxins mit dem Ergochrysin für die practische Anwendung am brauchbarsten sein. (Es ist dies Chrysotoxin das vor zwei Jahren von J. als Sphacelotoxin (Spasmotin) bezeichnete Präparat, welcher Name damals gewählt wurde, weil es das reine wirksame Princip des Mutterkorns zu sein schien was, wie erwähnt, sich nach den weiteren Untersuchungen als irrthümlich erwies.

Bei Versuchen an Hunden und Katzen liess sich durch Gaben von 0,2 g auch in der Mitte der Schwangerschaft prompt und ohne Nachteil für das Muttertier der Abort herbeiführen, aber selbst in Gaben von 1—1,5 g trat keine dauernde Benachteiligung der Versuchstiere ein.

Das Chrysotoxin wird von der Firma F. C. Boehringer & Söhne in Waldhof hergestellt werden.

Herr Gustav Klein-München: Zur normalen und pathologischen Anatomie der Gartner'schen Gänge.

Ueber den Verlauf des Anfangsstückes der Gartner'schen Gänge herrscht Uebereinstimmung; sie verlaufen zunächst parallel der Tube bez. dem Uterushorn beim Weibe und bei Haussäugetieren im Lig. latum. Zu Demonstrationen eignen sich besonders die Genitalien von Schweinen; man sieht bei ihnen die Gänge oft deutlich als Stränge, manchmal atrophieren sie streckenweise unter Zurücklassung perlen-ähnlicher Reste: Anlage zur Bildung uniloculärer Cysten. — Im weiteren Verlaufe senken sie sich in die Uteruswand seitlich in verschiedener Höhe ein; in der Wand des unteren Corpus-Abschnittes und der Cervix bilden sie schlauchförmige Sprossen und Schleifen: die Grundlage der in der Würzburger Klinik, dann von Breus, zuletzt besonders von v. Recklinghausen und Freund beobachteten „cystischen Myome" und Adenome der Muskelwand des Uterus. Aber sie können auch einkammerige, dünnwandige Cysten bilden, die den Parovarial Cysten sehr ähneln, sich jedoch von ihnen durch ihr Ausgehen von der Uteruswand selbst unterscheiden. Sie haften ihr so innig an, dass es K. in 2 Fällen (darunter 1mal bei Schwangerschaft im 3. Monat) nicht gelang, sie vom Uterus operativ loszubringen; Reste mussten zurückbleiben, um den Uterus zu conservieren.

Das Endstück der Gartner'schen Gänge verläuft neben der Scheide (seitlich, oder mehr vorn bez. hinten) bis zum Hymen, bez. bis zum Sinus urogenitalis (Schwein) und mündet im Hymen in die Scheide (Groschuff u. A.) bez. in den Sinus dicht am Ende der Scheide; dieses Verhalten entspricht entwickelungsgeschichtlichen Thatsachen und liess sich, entgegen Nagel's Anschauung, beim erwachsenen Schwein makroskopisch durch Freipräparieren der Gänge vom Lig. lat. bis zum Sinus uro-genitalis (Kullinger) und durch ununterbrochene Schnittserien vom Lig. lat. bis zum Sinus (Schwein) nachweisen. Damit ist es auch erwiesen, dass Scheiden-Cysten, oder richtiger paravaginale Cysten und Hymen-Cysten von diesen Gängen abstammen können.

Diskussion:

Herr von Herff betont die Bedeutung der Ausführungen Klein's bezüglich des Verständnisses der im Lig. lat. vorkommenden Cysten.

Herr Pfannenstiel hat den Gartner'schen Gang an der Portio vaginal. gefunden.

Herr Flatau weist auf analoge, im Druck befindliche Untersuchungen hin.

Herr Klein (Schlusswort): Die perlschnurartigen Cysten im oberen Lig. lat. und schlauchförmige Sprossen in der Portiowand sind normale und häufige Befunde,

Herr Kötschau-Köln: Ueber Endothelioma ovarii.

Vortragender bespricht einen von ihm Mitte Juni 96 operierten Fall von E. beider Ovarien bei einer 54jährigen III p., einer stark abgemagerten Frau, welche seit August 95 über zunehmende Leibschmerzen und sich beständig steigerndes Erbrechen klagte. Die radikale Exstirpation der Tumoren war nicht schwierig, der Verlauf post operationem ohne Störung, Fieber und Schmerzen. Am 9. 7. 96 wurde die Patientin bei leidlichem Befinden entlassen, kam jedoch Ende Juli mit

der Klage erneuter Anschwellung des Leibes wieder, welche innerhalb weniger Tage so stark wurde, dass der heftigen Atembeschwerden wegen Punctio abdominis nötig wurde, die nach weiteren 8 Tagen wiederholt werden musste. Wenige Tage nach der zweiten Punktion trat der Exitus ein. Der Verlauf war also ein ungemein bösartiger und schneller, für Sarkome gewissermassen charakteristischer. Makroskopisch bietet der über mannskopfgrosse linke und der kinderkopfgrosse rechte Tumor wenig Auffallendes; der Inhalt besteht aus zahlreichen Detritusmassen; es finden sich uni- und multilokuläre Cysten, nirgends Follikel, nirgends normales Bindegewebe. Die Tumoren haben die Form und Gestalt des Ovarium. die ja bei Sarkomen meist bestehen bleibt, beibehalten. Mikroskopisch lassen sich schrittweise die Uebergänge des Bindegewebes in epithelartige Zellen einerseits und in diffuse Wucherung der Endothelien der lymphatischen Spalträume im Bindegewebe andererseits nachweisen. Der das ganze Ovarium verändernde Tumor besteht aus nicht mehr normalem, keine Follikel enthaltenden bindewebigen Stroma mit zahlreichen kapillären Wucherungen der Endothelien und aus einer massenhaften Anhäufung von epithelialen Zellen, welche sich in Form der so unendlich verschiedenen Zellschläuche gruppieren. Auffallend ist bei dem Präparat das Fehlen von Blutkörperchen oder Resten dieser in den Zellschläuchen.

Vortragender glaubt trotz der wiederholten warmen Befürwortung der Operation von anderen Seiten sich in den Fällen, wo starke Kachexie besteht, wie im vorliegenden Falle, gegen eine solche aussprechen zu müssen, da die Erleichterung eine zu kurze sei, um sich mit der Schwere des Eingriffes rechtfertigen zu lassen.

Herr Koetschau-Köln: Ueber eine in der Literatur unbekannte Darmaffektion.

Vortragender hat vor 4 Jahren das Präparat bei einer Sektion gewonnen; es besteht aus einer vollständigen Dissecation des Darmes in der Tunica nervea in einen äusseren und inneren Zylinder. Es ist wahrscheinlich, dass eine Peritonitis chronica adhäsiva recrudescens den Ausgangspunkt für ein entzündliches Oedem der Darmwandungen bildete, so dass durch den stattgehabten Lymphergusss sich eine Dissecation bildete (Tunica nervea) und zwar um so leichter, als die Serosa durch die chronische Peritouitis, die Adhäsion und Aufknäuelung des Darmes (Peritonitis retrahens) stark aufgelockert war, so dass Mucosa und Submucosa in leichten Falten lagen. Der Fall ist im „Centralblatt für pathologische Anatomie" genauer beschrieben.

Herr Eberhart-Köln: Ueber den Wert der Laminaria-Behandlung.

Nach Ansicht des Vortragenden findet die Dehnung mit Laminaria niche genügend oft statt. Abgesehen von den Dehnungen bei Stenose sollte dieselbn häufiger vor Ausschabungen geschehen, die entschieden zu oft gemacht werdeh.

Der Gebrauch von kleinen Cüretten ist aus verschiedenen Gründen nicot zu empfehlen. Selbst vor einfachen Ausschabungen wegen hämorrhagischer Endtmetritis legt Vortragender Abends zuvor einen Laminariastift ein, auch wenn die Endometritis mit Ausstopfungen behandelt werden soll. Ferner dürfte es sich empfehlen bei Behandlung der Endometritis exfoliativa, um dann längere Zeit das Endometrium mit Medikamenten behandeln zu können.

Auf alle Fälle ist bei Verhaltung von Eiteilen stets auf Fingerdicke zu dilatieren, um genau abzutasten und die Ursache der Blutungen zu entdecken, damit man nicht unnötig irgendwo sonst kratzt.

Auch ist behufs digitaler Abtastung Dilatation mit Laminaria vorzunehmen, wenn schon einmal erfolglos ausgekratzt wurde. Bei Stenosen, speziell solchen des inneren Muttermundes und der meist daraus entstehenden Dysmenorrhoe ist Laminariadilatation bis Fingerdicke mit Ausstopfungen von grossem Nutzen. Auch bei Behandlung der Sterilität, wo Stenose des inneren Muttermundes oder Endometritis oder beide zusammen die Ursache abgiebt, hat man von der empfohlenen Dehnung gute Erfolge. Ferner wenn schon eine Geburt stattgefunden, ein oder mehrere Aborte dagewesen und darauf längere Jahre Sterilität vorhanden waren, trat nach Dehnung mit Laminaria und Behandlung der Endometritis Schwangerschaft ein.

Der Dehnung mit Laminaria zwecks Abtastung des Cavum uteri bei

maligen Neubildungen möchte Vortragender weniger das Wort reden, hier stimmt er mit Gessner vollständig überein und ist hier für das Probecürettement.

Grossen Nutzen hat dagegen wieder die Laminaria bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt und des künstlichen Aborts mit darauffolgender Tamponade des Cervikalkanals mit Jodoformgaze, die in Glyzerin getaucht wurde.

Die Einwände, dass Todesfälle nach Laminariadilatation vorgekommen und schwere Para- und Perimetritiden entstanden seien, sind nicht stichhaltig. Man kann jetzt die Laminariastifte so präparieren, dass sie bei richtiger Indikationsstellung und peinlichster Antisepsis absolut ungefährlich sind. Auf jeden Fall haben sie den grossen Vorteil, dass durch sie nie Einrisse in die Uterusmuskulatur hervorgerufen werden, wie es mit metallenen Dilatatoren nicht immmer zu vermeiden ist.

Herr Bulius-Freiburg i. B. Ueber Angiodystrophia ovarii.

Dem Vortragenden ist es bei seinen Untersuchungen über die chronischen Erkrankungszustände des Eierstocks, welche nicht mit bedeutender Vergrösserung einhergehen, gelungen, einen gut charakterisierten anatomisch-pathologischen Befund herauszuheben, bei welchem die Kranken bestimmte Funktionsstörungen und sonstige Erscheinungen darbieten.

Die Grundzüge dieser Veränderungen sind:

1. Anatomisch: Vergrösserung der Ovarien, besonders im dicken Durchmesser, starke Furchenbildung auf der Oberfläche, auffallende Derbheit des ganzen Organs und der vorspringenden Bläschen.
2. Hochgradige Gefässvermehrung und Gefässerkrankung. Wachstum der Gefässe, die ausserdem durch Neubildung stark an Zahl zunehmen. Beteiligt sind Arterien und Kapillaren in Mark und Rinde. Die Erkrankung besteht in enormer Verdickung und hyaliner Degeneration der Wandungen und Verschluss des Lumens.
3. Starke Verminderung der Primordialfollikel, der Entwickelungsstadien zum ausgebildeten Follikel, kleincystische Degeneration der Graafschen Bläschen, entschieden pathologische Vorgänge bei der retrograden Metamorphose der in gesteigerter Zahl ungeplatzt zu Grunde gehenden Follikel.

Die klinischen Symptome, deren Zusammenhang mit den anatomische Veränderungen durch die parallel laufende Intensität sicher gestellt erscheint, waren sehr profuse menstruelle Blutungen, die bis zu 3 Wochen dauerten, Leib- und Kreuzschmerzen, die auch im Intervall bestanden, so dass oft nur wenige Tage schmerzfrei waren; ferner schwere nervöse Symptome. Konstant fand sich Endometritis. Die übrigen Veränderungen in den Geschlechtsorganen verhältnismässig gering.

Die Veränderungen in den Ovarien sind als primär aufzufassen.

Ueber die Ursachen lässt sich bis jetzt noch nichts Bestimmtes sagen.

Der Erfolg der Kastration war in vier Fällen gut, in den drei anderen hörten die Blutungen auf, die Schmerzen bestanden fort.

Diskussion:

Herr v. Herff bezweifelt, dass hier eine primäre Eierstockserkrankung vorliege. Besonders mit Rücksicht auf den Misserfolg der Kastration neige er zur Annahme, dass es sich um eine Neurose handele.

Herr Bulius tritt dem entgegen, wenigstens sei für einige seiner Fälle eine Neurose sicher auszuschliessen.

Herr v. Wild: Die chronische Verstopfung bei Frauen und Mädchen, ihre Prophylaxe und Therapie.

Lageveränderungen des Uterus, Exsudate prädisponieren zur Verstopfung.

Die Prophylaxe habe dafür zu sorgen, dass junge Mädchen sich an regelmässige Stuhlentleerungen gewöhnen, Gymnastik treiben, schädliches Corset vermeiden. Auch bei Wöchnerinnen solle man vom 10. Tag an Gymnastik anwenden.

Therapie: Darmausspülungen, Oeleingiessungen.

Bei chronischer Obstipation Diät zu regeln, speciell die Umkehrung der bisherigen Diät, cellulosehaltige Vegetabilien seien zu verabreichen. Die Cellulose übt einen kräftigen Reiz auf die Darmmuskulatur aus. Kniebeugen und Rumpfbeugungen bilden einen Teil der Gymnastik, hohe Oeleingiessungen wirken gut bei hartnäckiger Obstipation, desgleichen galvano-faradischer Strom. Die Kranke

komme mit dem Rücken auf die mit dem positiven Pole verbundene Plattenelektrode zu liegen, mit negativer Elektrode wird die Bauchwand gewalkt. Letztere Behandlung ist hauptsächlich wirksam im Wochenbett; man brauche nur schwache Ströme zu wählen, auch bei chlorotischen Mädchen wirke diese Behandlung ausgezeichnet. Zuweilen genügte eine einzige Sitzung zu dauernder Heilung.

Vor der Massage warnt der Vortragende, er habe damit keinen dauernden Erfolg gehabt. Die Selbstmassage sei nicht ohne Gefahr. Jeder Fall von chronischer Verstopfung kann geheilt werden.

Herr Asch bestätigt die günstige Wirkung des galvano-faradischen Stromes bei chronischer Stuhlverstopfung, doch bezweifle er, dass eine einmalige Sitzung dauernde Heilung herbeiführen könne.

Herr v. Wild hat in 2 Fällen von einer einmaligen Sitzung Heilung gesehen.

Herrn Thorn-Magdeburg. Vagitus uterinus und sein Verhältnis zum ersten Athemzug.

Herr Thorn berichtet über einen bemerkenswerten Fall von Vagitus uterinus, der ca. 12 Stunden vor dem Partus gehört wurde und ohne jegliche Schädigung des Kindes verlief. Es handelte sich um eine künstliche Frühgeburt bei einem allgemein-ungleichmässig verengten Becken mit Conjugata vera von ca. 7,8 cm. 2 Jahre vorher schwierige Geburt mittelst hoher Zange. Kind tief asphyktisch wurde wiederbelebt und ist gut gediehen.

In Anbetracht dieser schwierigen Geburt hatte Thorn künstliche Frühgeburt 4 Wochen ante terminum vorgeschlagen. Diese wurde vom Hausarzt durch Bougie eingeleitet, das auch bald gute Wehen hervorrief, aber zu früh entfernt wurde. Danach höchst mangelhafte Wehen, Fruchtwasserabgang in kleinen Mengen. Am fünften Tage nach dem Einlegen des Bougie's folgende Situation: I Sch.-L., Kopf etwas abgewichen, Cervix für 2 Finger eben durchgängig, es geht etwas missfarbiges, scheinbar meconiumgefärbtes Wasser beim Touchieren ab. Wehenthätigkeit minimal. Herztöne 140. Temperatur und Puls der Kreisenden normal. Allgemeinbefinden so gut, dass man ihr eine längere Geburtsdauer zumuten durfte. Eine forcierte Entbindung hätte bei der Rigidität der Weichteile wenig Chancen für das Kind gelassen, der Mutter aber sehr hohe Gefahr gebracht. Daher wird ein Barnes'scher Dilatator eingelegt und der Kürze wegen einfach aufgeblasen. Im Augenblick genügender Aufblähung setzt eine Wehe ein, gleich darauf berstet der Ballon mit erheblicher Detonation und gleich darauf schreit das Kind in 2 Absätzen etwa 2- bis 3 Mal. Die Töne klangen wie aus einer Versenkung, erfolgten stosswoise und wurden von allen Anwesenden deutlich gehört. Sofort wird ein neuer Barnes eingeführt, dabei entweicht Luft und etwas Fruchtwasser. Athemgeräusche waren nicht zu hören, die Herztöne behielten unverändert ihre frühere Frequenz. 12 Stunden später wird spontan ein sofort schreiender Knabe geboren, der absolut keinerlei Zeichen einer Aspiration trug und gut gediehen ist.

Thorn glaubt, dass der Foetus im Moment des Schreiens weder asphyktisch war noch Lungenathmung ausgeführt hat. Zur Erzeugung derartiger Töne, wie sie der Foetus hören liess, genügt dass stossweise Auspressen einer geringen Menge Luft durch die obersten Luftwege. Das Inspirium war hier ein rein passives, repräsentiert durch die unter hohem Druck in die oberen Luftwege durchgehende Luft. Diese sowohl wie vielleicht auch die Detonation an sich erzeugten nicht nur einen starken Hautreiz, sondern auch einen Reflex, der zur Folge hatte, dass ruckweise die eingedrungene Luft durch die Action des expiratorischen Teils der Athemmuskulatur ausgestossen wurde und so jene Töne zu Stande kamen. Daher wurden auch keine Athemgeräusche gehört und deshalb wurde auch nichts aspiriert.

Man kann sich den Hergang plausibel machen, wenn man nach völliger Exspiration unter stossweiser Action der exspiratorischen Athemmuskulatur die Luft durch die oberen Wege treibt; so lassen sich leicht jenen ähnliche Töne erzeugen. Eine Lungenathmung findet dabei nicht statt. Auch der Athemtypus Frühgeborener zeigt Aehnliches. (Glöckner.)

Vielleicht bildet die Art, wie der Foetus im vorliegenden Falle seine exspiratorische Athemmuskulatur gebrauchte, ein Analogen zu der sogen. intrau-

terinen physiologischen Athmung Ahlfelds, deren rhythmische Bewegungen der Autor bekanntlich registriert haben will. Findet wirklich etwas Derartiges statt, so handelt es sich dabei doch sicher niemals um eine Lungenathmung, sondern nur um einen reflektorischen Vorgang, der das in die oberen Luftwege eindringende Fruchtwasser erzeugt.

Thorn verwahrt sich dagegen, dass sein Fall etwa als Stütze der Preyer'schen Lehre aufgefasst werde. Die Schwartz'sche Lehre genügt allen billigen Anforderungen, zumal nach den neueren Experimenten von Runge und Zuntz zur Erklärung der Ursache des ersten Atemzuges. Hilfsursachen, wie sie z. B. Olshausen aufstellte, sind überflüssigerweise herangezogen worden. Dagegen glaubt Thorn, dass zur Hervorbringung des ersten Schreies allerdings mächtig die Hautreize im Sinne Preyer's mitwirken. Hält man die Erklärung des Falles Thorn's für richtig, so wird man zwei Arten des Vagitus unterscheiden müssen, eine wo das Geschrei ein asphyktischer Foetus von sich giebt und eine sozusagen harmlose, bei der keine Lungenathmung stattfindet. Auch im Hinblick auf diesen Fall, wie überhaupt, scheint es Thorn nicht richtig, wenn man die Ursachen des ersten Athemzuges und ersten Schreies zusammenwirft.

Diskussion:

Herr Strassmann nimmt an, dass hier doch etwas Luft in die Lunge eingedrungen sei, bevor die Exspiration zu Stande kommen konnte.

Auch Herr Flatau widerspricht der Deutung des Herrn Vortragenden.

Herr Karl Heil-Heidelberg: Zur Therapie der Placenta praevia.

Gegenüber der frühzeitigen Wendung nach Braxton-Hirks wird für geeignete Fälle, besonders bei lebendem reifem Kinde die cervico-vaginale Tamponade (mit Jodoformgaze) empfohlen. Kehrer präzisierte schon 1891 in seinem Lehrbuch für operative Geburtshülfe die Indikation zur Braxton-Hicks'schen Wendung dahin:

1) bei hochgradiger Anämie der Mutter, ohne Rücksicht auf das Kind.
2) bei weniger anämischer Mutter nur dann, wenn die Aussichten auf ein lebendes und lebensfähiges Kind gering sind, oder wenn das Kind bereits abgestorben ist.

In allen anderen Fällen von geringer Muttermundsweite zunächst Tamponade bis zu einer für Wenden und Ausziehen genügenden Cervixerweiterung.

Zur Tamponade wird ausschliesslich Jodoformgaze verwendet; besondere Rücksicht ist zu nehmen auf eine möglichst exakte Tamponade des Halskanals und der Scheidegewölbe; ferner ist peinlichste Asepsis zu üben.

Diskussion:

Herr Sippel ist schon früher für die Tamponade eingetreten, weil die Erhaltung des kindlichen Lebens ihm dabei gesicherter erscheine.

Herr Strassmann sieht in den Ausführungen des Redners zum Teil einen Rückschritt, da durch die Tamponade das mütterliche Leben mehr gefährdet sei. Die erste Blutung in der Schwangerschaft soll eine Anzeige für die Unterbrechung der Schwangerschaft sein. Die Tamponade sei allerdings, besonders in der Hebammenpraxis, nicht zu verbieten.

Herr Hofmeier lässt eine Tamponade unter Umständen gelten, die ja heute nicht mehr so gefährlich sei wie früher.

Herr Leopold: Untersuchungen zur Entstehung des Carcinoms mit Demonstration von Abbildungen.

In Fortsetzung der Untersuchungen, welche Redner in Verbindung mit seinem Assistenten Rosenthal über das Carcinom angestellt und im Archiv für Gynäkologie veröffentlicht hat, berichtet er heute über weitere Ergebnisse nach dieser Richtung hin.

Um einen Einblick in die Entstehung des Carcinoms zu gewinnen, lassen sich verschiedene Wege betreten:

1) Statistisch genaue Feststellungen über Häufigkeit, Verbreitung, Zu- und Abnahme in einzelnen Ländern, Orten und Familien nach Alter, Geschlecht und Stand.
2) Die klinische Beachtung, namentlich in Bezug auf Recidive, sei es durch Berührung, Uebertragung und Ueberimpfung.
3) Das Tierexperiment, mit welchem schon verschiedene wertvolle Aufschlüsse erzielt worden sind.

4) Die mikroskopisch-histologischen Untersuchungen und zwar

a) am gehärteten,

b) am lebenden, ganz frischen Gewebe,

Was die ersteren anlangt, so besitzen wir eine grosse Zahl hervorragender Forschungen von Thiersch und Waldeyer an bis zu den Untersuchungen der jüngsten Zeit über die Karyokinese, über Zelleinschlüsse, über Blastomyceten und über verschiedene andere Gebilde, welche mit den mannigfachsten Färbemethoden in dem gehärteten Gewebe gefunden und als Erreger des Carcinoms angesprochen wurden.

Bezüglich aller dieser Befunde möchte Redner nur der Ansicht Ausdruck geben, dass soviel Widerspruch in ihnen liegt, dass noch nicht einmal sichere Unterscheidungsmerkmale zwischen fremdem und zugehörigem Gewebe gewonnen sind. Die Ursache liegt darin, dass durch die Härtung das Gewebe vollkommen verändert wird und dass wir andererseits noch lange nicht wissen, aus welchen einzelnen kleinsten und feinsten Elementen sich das vorsprossende Carcinomgewebe in völlig lebensfrischem Zustande zusammensetzt.

Wir wissen noch nicht, ob die wuchernden Zellen ganz normal oder mehr oder weniger oder insgesamt verändert sind, ob in ihnen oder um sie herum etwa lebende, uns noch unbekannte Organismen zu finden sind, ob sich diese lebensfrischen Zellen oder Organismen bei geeigneter Konservierung auch lebend erhalten und wie lange sie sich erhalten lassen. — Alles dies ist noch nicht zur Genüge festgestellt — man wird sich darum unmöglich damit befriedigt erklären können, wenn man die Aetiologie des Carcinoms nur am gehärteten Präparat erforscht.

Aus diesen Gründen hat L. sich seit mehreren Jahren mit der Untersuchung des völlig lebensfrischen Carcinoms beschäftigt. Am geeignetsten hierzu ist das Carcinoma ovarii und corporis uteri. Das exstirpierte carcinomatöseste Organ wird sofort in sterile Gaze gewickelt, in ein steriles Glas gelegt und mit sterilisierten Messern zerschnitten. Dann werden die weitest vorgeschobenen Vorposten der Carcinomwucherung aufgesucht, auf mehrere sterilisierte Deckgläser je ein kleinster Tropfen sterilisierten Serums oder Bouillon gebracht und darin eine Spur frischen Carcinomgewebes zerteilt. Dann legt man das Deckglass mit dem Tropfen nach unten auf einen hohlgeschliffenen Objektträger, verschliesst dessen Ränder fest mit Vaselin und bringt ihn nun zur Beobachtung in das erwärmte Mikroskop.

Letzteres muss so vollendet gebaut sein, dass man den Tropfen wochenlang bei einer konstanten Temperatur von 37,5 — 38° beobachten kann.

Da dies alle bisher bekannten Mikroskope nicht leisten, so hat L. sich von dem Mechaniker Seuner an der k. Technischen Hocschule in Dresden ein solches anfertigen lassen. Es arbeitet so vortrefflich, dass man ein Präparat bis zu 60 Tagen nacheinander in der konstanten Temperatur von 37,8° beobachten kann. —

Wegen der genaueren Beschreibung dieses Mikroskopes und der erhaltenen Befunde verweist Redner auf seinen demnächst erscheinenden Aufsatz im Archiv für Gynäkologie.

Vorstehender Bericht ist im Wesentlichen gleichgeordnet und gleichlautend mit dem vom „Centralblatt für Gynäkologie" gebrachten, da wir ihn unter Vermittelung des „Vereins der medicinischen Fachpresse" geliefert erhielten. Für künftige Fälle wollen wir aber, gerade um die Gleichartigkeit der Berichterstattung zu vermeiden, uns bemühen, eigene Referenten zu gewinnen.

D. H.

Zu Carl Ruge's 25jährigem Assistenten-Jubiläum.

Eigenartig in der That, 25 Jahre lang Assistent einer Anstalt zu sein und doch eine selbstständige, tonangebende, wissenschaftliche Stellung zu bekleiden! Die Berliner Universitäts-Frauenklinik war die erste und ist die einzige in Deutschland und wohl in der ganzen Welt, welche einen solchen „Assistenten" besitzt, Carl Ruge.

Wir haben schon früher in einer kurzen Notiz dieses Jubiläums gedacht, offiziell gefeiert und so gefeiert, wie es sich für einen hochangesehenen Mann der Wissenschaft, dem Freunde, Schüler, Kollegen, sowie sein einziger Vorgesetzter gleichermaassen zugethan sind, geziemte, wurde es erst jetzt, am 25. Oktober. Dieser Tag war dazu ausersehen von seinen früheren und jetzigen Schülern, ihm eine besondere Ehrung zu erweisen durch Ueberreichung einer Festschrift, wie sie allerdings gewiss noch nie einem „Assistenten" gewidmet wurde.

Um die Mittagsstunde versammelten sich im Arbeitssaale des patho logischen Instituts der Universitäts-Frauenklinik in Gegenwart von Ge. heimrath Olshausen, die zum Theil von Auswärts erschienenen Festtheilnehmer.

Geheimrath Jaquet richtete die ersten begrüssenden und beglückwünschenden Worte an den Jubilar, worauf Professor Martin, als naher Freund und einer der ältesten Mitarbeiter und Schüler C. Ruge's folgende Ansprache hielt, deren Inhalt wir hier um desswillen wiedergeben, weil sie auch eine Geschichte der für C. Ruge geschaffenen Stellung und eine Uebersicht seiner Leistungen bringt. Sie lautete:

„Lieber Carl Ruge!

Dem Abschluss einer 25jährigen Thätigkeit an der Berliner Universitäts-Frauen-Klinik wünscht eine Anzahl Deiner Freunde in dieser Festschrift ein litterarisches Denkmal zu weihen. Dasselbe soll zunächst Deiner uns Allen in der gemeinsamen Arbeit innig befreundeten Persönlichkeit gelten. Darüber hinaus aber wollen wir vor unseren Fachgenossen Deiner wissenschaftlichen Thätigkeit auf dem Gesammtgebiete der Gynäkologie während dieser fünf Lustren eine Huldigung darbringen und für die Fülle der Anregung und Belehrung, die wir von Dir erhalten, uns zu tief empfundener Dankesschuld bekennen.

Eduard Martin hat Dich 1871 in die für Dich geschaffene Stellung eines Assistenten für mikroskopische und chemische Untersuchungen an die Berliner Frauen-Klinik berufen, um die von David Hausmann in eng gezogenen Grenzen, aber mit schönen Erfolgen begonnene Thätigkeit zu einem vollberechtigten Arbeitsgebiet an seiner Klinik zu erweitern und zu vertiefen. Es leitete ihn die Ueberzeugung, dass unsere Fachwissenschaft nur auf der Grundlage exakter physikalischer und pathologisch-anatomischer Forschung und durch eine auf unmittelbarer, verständnissinniger, wechselseitiger Fühlung der anatomischen und klinischen Beobachtung und Untersuchung begründete Arbeitsgemein-

schaft sich weiter zu entwickeln vermöge. Indem Du mit rückhaltlosem Eifer und unermüdlicher Arbeitslust diesen Gedanken aufnahmst, hast Du ein Arbeitsfeld Dir geschaffen, dessen Früchte Eduard Martin selbst freilich nicht mehr zur vollen Reife sich entfalten sehen sollte. Du hast nicht vergessen, welche innige Genugthuung mein Vater, der auch Dir ein väterlicher Freund war, über die ersten Ergebnisse Deiner Arbeit empfunden hat! Carl Schröder aber, und der verdienstvolle und gefeierte jetzige Leiter dieser Klinik, Rob. Olshausen, sie sahen, indem sie Dich ihrerseits aus der Fülle ihres eigenen Ingenium anregten und Dich aus dem reichen Schatz ihrer Erfahrung schöpfen liessen, und sehen noch den reichen Segen Deiner Thätigkeit für das grosse, von ihnen so glücklich weiter entwickelten Lehrinstitut und damit für die Gesammtheit zur Geltung kommen. Beide haben Dir ihre dankbare Anerkennung nicht versagt.

Die Ueberfülle des Materials, welches auf diese Weise Deiner sorgsamen und streng wissenschaftlichen Durchforschung dargeboten wurde, hat Dich in den Stand gesetzt, auf allen Gebieten der Gynäkologie die anatomischen Grundlagen zu sichten. An der Hand ihrer Kenntnis gelang es dann, die pathologischen Vorgänge zu würdigen, ihre Deutung klarzustellen. Es sei hier nur auf Deine Forschungen über den Aufbau der Uterusmuskulatur und der Uterusschleimhaut hingewiesen, auf die daraus gewonnenen Schlüsse bezüglich des Verlaufs der Menstruation, der Schwangerschaft und des Gebäraktes. Mit logischer Folgerichtigkeit reihten sich daran Deine Arbeiten über die entzündlichen Vorgänge des Endometrium und seine Neubildungen, für die auch heute noch Deine Untersuchungen die Grundlage unserer Anschauungen bilden. Wir nennen Deine Untersuchungen über die ektopische Schwangerschaft, die Veränderungen der Keimdrüse, Deine so bedeutungsvollen Beiträge zur Kenntnis der Anatomie der Neugeborenen, ihrer Erkrankungen, Verbildungen und ihrer für verschiedene geburtshülfliche Technicismen charakteristischen Verletzungen. Gestatte mir, hier auch Deiner Arbeit über das uropoëtsche System der Neugebornen zu gedenken, die ich als Dein klinischer Partner mit Dir gemeinsam unternehmen durfte.

Viele Früchte Deiner Thätigkeit hast Du in zusammenhängender Darstellung vorgebracht, noch mehr ist in Demonstrations- und Discussionsbemerkungen zerstreut. Die Spuren Deiner Arbeit findest Du in unserer ganzen Litteratur. Eine Fülle der Ergebnisse Deiner Studien hat in Schröder's Lehrbüchern in allen ihren Auflagen seit 1876 und in seinen Monographien Würdigung und Verwerthung gefunden. Das neueste Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik, welches die Summe der Erfahrungen und Lehrsätze dieser Klinik in klassischer Darstellung bringt, verdankt Dir werthvolle Beiträge. Wenn aber keine andere Frucht Deiner Arbeiten Dir Anspruch auf allgemeine Anerkennung eingetragen hätte, so musste sie Dir für Deine Bemühungen zuerkannt werden, die Mikroskopie zur Grundlage der ausschlaggebenden diagnostischen Hilfsmittel gemacht zu haben. Durch die Schöpfung der mikroskopischen Diagnostik hast Du für eine Fülle hochbedeutender Fragen des täglichen Lebens den Gynäkologen den Boden gegeben, auf welchem sie ihre therapeutischen, ganz besonders ihre operativen Maassnahmen basiren können. Es ist die volle

reife Frucht der Gemeinsamkeit anatomisch-experimenteller und klinischer Arbeit!

Vielen von uns hast Du anregend, kritisch sichtend, ermuthigend bei unseren Erstlingsarbeiten als treuer Freund und Berather mit der Fülle Deiner Erfahrung, mit Deiner allseits bewanderten Technik, mit Deinem ruhigen, nüchternen Urtheil zur Seite gestanden. In reinster Freude und Begeisterung für wissenschaftliches Streben hast Du in grossherziger Bescheidenheit es abgelehnt, Deine eigene Arbeit in den Vordergrund zu rücken. Wir alle aber wollen es dankbar anerkennen, wie mächtig Dein lauteres Streben, Deine scharfe Beobachtung, Dein unermüdlicher Eifer uns angeregt hat. Lass Dir dieses unser litterarisches Denkmal gefallen und sieh' darin einen Sporn auf der nicht immer sonnenbeschienenen Bahn wissenschaftlicher Forschung und Belehrung muthig weiter zu schaffen und zu wirken. Lass es Dich an Dein altes Versprechen mahnen, die Summe Deiner das ganze Gebiet unseres Faches umfassenden Arbeiten und Studien in einem Handbuch der pathologischen Anatomie der weiblichen Sexualorgane niederzulegen!

Dann werden auch spätere Generationen Deiner Mitarbeiter, dann wird die Gesammtheit der Fachgenossen gleich uns Deinen Namen hochhalten und mit uns Dir zurufen:

Du hast Dich um die Gynäkologie wohl verdient gemacht!"

Die Festschrift selbst, in Imperial-Format, von der Firma Karger würdig ausgestattet, enthält folgende Arbeiten:

A. Martin (Lage und Bandapparat des Eierstocks),
G. Winter (Zur Pathologie des Prolapses),
C. Gebhard (Das Pathologische Institut der Kgl. Universitäts-Frauen-Klinik zu Berlin),
Max Graefe (Ueber Retention des menschlichen Eies im Uterus nach dem Fruchttod),
W. Thorn (Vaginale Myomoperationen),
R. Moericke (Die pathologische Anteflexio uteri und ihre Behandlung),
J. Veit (Ueber die Behandlung der Eklampsie),
N. Flaischlen (Komplication der Geburt durch Cervixmyom),
C. Keller (Zur Lehre der chronischen, hyperplasierenden Endometritis),
Alfred Koblanck (Ueber die sogenannte Spätinfektion der Ophtalmoblennorrhoea neonatorum),
Richard Knorr (Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen durch manuelle Umwandlung in Hinterhauptslagen),
Adolf Gessner (Ueber tödtliche Lungenembolie bei gynäkologischen Erkrankungen),
Th. Burmeister (Ein Fall von sogenannten intrauterinen Fracturen verbunden mit Hemmungsbildungen),
Hans Heuck (Beitrag zur Frage der Endometritis insbesondere der Retentio chorii et deciduae).

Die von Dankbarkeit und Bescheidenheit eingegebene Antwort C. Ruge's gipfelte in dem Ausspruch, dass ihm seine langjährige Thätigkeit in der Frauen-Klinik nie als Arbeit, sondern nur als eine Freude erschienen sei, gerade durch den vertrauten Verkehr mit den Kollegen an der Anstalt.

Hierauf richtete Schreiber dieses, dem es durch freundliche Einladung vergönnt war, als einziger, nicht aus der Berliner Schule hervor-

gegangener, auswärtiger Festtheilnehmer zu erscheinen, einige Worte des Glückwunsches an den Jubilar und überreichte, als Privatperson, doch zum künftigen Omen, den eben erschienenen letzten Band der Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig.

Am Abend wurde, unter dem Vorsitz von Geheimrath Jaquet, dem Leiter der Vereinigung früherer und jetziger klinischer Assistenten der Frauen-Klinik, im Hôtel de Rome ein überaus angeregtes Festmahl abgehalten. Geheimrath Jaquet toastete auf den Jubilar, den Enkel Louis Mayer's und Neffen Rudolph Virchow's, ihn rühmend als Freund, Kollegen und Forscher. Geheimrath Olshausen sprach auf die segensreiche Thätigkeit C. Ruge's für die Klinik. Schreiber dieses gab der Werthschätzung Ausdruck, welche die deutschen Gynäkologen für C. Ruge hegten, als dem Begründer der anatomisch-gynäkologischen Diagnostik und Nomenklatur, der die Gynäkologen von den pathologischen Anatomen unabhängig gemacht habe; Gebhardt sprach auf die von auswärts Erschienenen; Bokelmann auf die Gattin C. Ruge's, dessen eigener, in launigen Reminiscenzen sich ergehender Toast auf Geheimrath Olshausen ausklang.

Vielleicht dass man diesen Bericht etwas reporterhaft finden wird. Sei es d'rum! C. Ruge verdient, dass man auch anderweitig unter Fachgenossen erfahre, wie er in einem engen Kreise geehrt worden ist. Und, wenn man auch 25jährige Jubiläen offiziell nicht sonderlich hoch anschlägt, ein Gutes haben sie immer: sie treffen den Gefeierten in voller Schaffenskraft nnd muntern ihn auf zu weiteren Thaten und als eine solche That erwarten wir von C. Ruge — ein Handbuch der pathologischen Anatomie der Sexualorgane! Sänger.

Buchanzeige.

A. Dührssen, **Der vaginale Kaiserschnitt.** (Nebst Bericht über eine erfolgreiche vaginale Exstirpation des rupturierten Uterus unmittelbar post partum). Berlin 1896. S. Karger. Gr. 8°. M. 1.60.

Auf Grund eines glücklich verlaufenen Falles führt D. ein neues Entbindungsverfahren unter dem Namen „vaginaler Kaiserschnitt" ein und giebt sich der Hoffnung hin, damit eine weitere Entwickelung der Geburtshülfe in der von ihm stets vertretenen chirurgischen Richtung angebahnt zu haben. Im Zusammenhang damit berichtet er über einen ebenfalls erfolgreichen Fall von vaginaler Exstirpation des frisch puerperalen Uterus wegen Uterusruptur, um mittels desselben den Vorschlag einer „vaginalen Porro-operation" zu begründen.

Der Fall von vaginalem Kaiserschnitt ist kurz folgender:

32jährige V-pa., bei der vor 17 Monaten wegen Prolaps und Retroversio uteri mit gutem Erfolg von D. die Vaginofixation mit Scheiden- und Dammplastik ausgeführt worden war, wird am 23. IV. 1896 hochschwanger aufgenommen: Grosse kräftige Frau am Ende der Schwangerschaft; Leib stark ausgedehnt, breit, Gr. U. 112 cm. Kopf auf der linken Darmbeinschaufel, Steiss rechts oben, kleine Teile in der Medianen. Beckenmasse 31, 32, 20. Innere Untersuchung: Scheideneingang dehnbar, Portio hochstehend, nur andeutungsweise vorhanden, Muttermund fest geschlossen, bei einem Durchmesser von ca. $^1/_2$ cm; vorderes Scheidengewölbe trichterförmig in die Höhe gezogen.

Mit Rücksicht auf die Erfahrungen, welche bei Vaginofixationsgeburten gemacht worden sind und da er selbst kurz zuvor in einem ähnlichen Falle das Kind hatte perforieren und wegen hochgradiger atonischer Blutung der Mutter den Uterus supravaginal hatte amputieren müssen, entschliesst sich D. zu folgendem Vorgehen:

Am 24. IV., bevor noch Wehen eingetreten waren, sagittale Spaltung zunächst des hinteren Scheidengewölbes und stumpfe Ablösung des Peritoneums von der Scheide und der hinteren Cervixwand. Spaltung der hinteren Cervixwand und des unteren Uterinsegments auf ca. 8 cm Länge; Blutstillung teils durch provisorisches Abklemmen, teils durch prophylactische doppelseitigs Umstechung der Uteruswand. Dann ebenfalls sagittale Spaltung des vorderen Scheidengewölbes, stumpfe Ablösung der Blase von Cervix und Scheide, analoge Durchtrennung der vorderen Cervixwand und des unteren Uterinsegments, nach vorheriger seitlicher Partienumstechung, auf eine Schnittlänge von 8 cm.

Die Fruchtblase wölbt sich jetzt handtellergross vor. Dann Blasensprengung, Wendung auf den linken Fuss, Extraktion ohne Schwierigkeiten, obwohl das Kind 4750 g wiegt. Ergotininjektion. Sofortiger Austritt der Placenta aus dem Uterus Keine Blutung. Tamponade des Uterus zum Zweck der Drainage. Vernähung des Uterus mit durchgreifenden Catgutknopfnähten, erst hinten, dann vorn. hierauf Scheide ebenfalls mit Catgut geschlossen.

Portio nachher gut formiert, der Cervicalkanal umschliesst fest den eingeführten Gazestreifen.

Im Wochenbett vom 6.—8. Tag an „aseptisches" Fieber, glatte Heilung. Entl. am 16. Tag. In diesem Verfahren glaubt D. eine Operation gefunden zu haben, welche berufen sein wird, „den Kaiserschnitt in vielen Fällen zu ersetzen. „Sie schafft einen Zugang zum Uterus von der Vagina her, ist bei völlig er. „haltenem und geschlossenem Cervix — also auch in der Schwangerschaft — aus„führbar und stellt ohne Eröffnung des Peritoneums eine solche Oeffnung im „Uterus her, dass durch sie das Kind bequem extrahiert werden kann (S. 3) „vorausgesetzt, dass diese Oeffnung noch mechanisch nach allen Seiten gedehnt „werden kann (S. 14). Allerdings muss bei dieser Operation, im Gegensatz zum „klassischen Kaiserschnitt, das Kind den Beckenkanal passieren, daher ist die „Operation bei stärker verengten Becken mit einer C. v. unter 8 cm nicht mehr, „indiciert. (S. 3.)"

Als vereinfachende bezw. verbessernde Modifikationen des geschilderten Verfahrens schlägt D. vor, die Blase möglichst früh zu sprengen, um Ablösung der Placenta bei tiefem Sitz derselben zu verhüten und nach Analogie des klassischen Kaiserschnitts auf Blutstillung der Uteruswunde zu verzichten und die Blutung nur durch möglichste Beschleunigung der Operation einzuschränken.

Bei nicht aseptischen Fällen würde der ante- und retrocervicale Raum tamponiert werden müssen.

Falls eine Exstirpation des entleerten Uterus vor oder während der Operation sich als notwendig erweisen sollte, lässt sich die „vaginale Porro-Operation" nach D.'s Ueberzeugung stets leicht und ohne wesentlichen Blutverlust bewerkstelligen.

D. erachtet sein neues Verfahren indiciert bei einer Reihe von Geburtskomplikationen, bei denen man bisher entweder den Kaiserschnitt, bezw. die Porro-operation, oder andere weniger eingreifende Operationen vorgenommen hat, und zwar

1) bei operablem und inoperablem Cervixcarcinom (im ersteren Falle natürlich „vaginale Porro-Operation"),

2) bei Myomen des Cervix und des unteren Uterinsegments,

3) bei Rigidität des ganzen Cervix,

4) bei partieller sackförmiger Erweiterung des unteren Gebärmutterabschnitts, speciell bei vaginofixiertem Uterus, wie im vorliegenden Fall.

Betreffs der vorgeschlagenen Modifikationen für die verschiedenen Fälle muss ich auf das Original verweisen. Ebenfalls würde es zu weit führen, hier auf eine Würdigung der einzelnen aufgestellten Indikationen einzugehen, da dies zu einer Erörterung der Prinzipienfrage führen müsste, ob das Bestreben, die ventralen Methoden möglichst durch die vaginalen zu verdrängen, wirklich unbedingte Anerkennung verdient.

Ferner glaubt D., dass der vaginale Kaiserschnitt in Betracht kommen kann bei lebensgefährlichen Zuständen der Mutter, welche durch Entleerung des

Uterus beseitigt oder gemildert werden. Von solchen hebt er hervor: Glottisoedem und Struma, Pneumonie, Herzfehler, Eklampsie, vorzeitige Lösung der Placenta. Schliesslich soll die Operation dem Kaiserschnitt in der Agone Konkurrenz machen.

Dass die Operation unter günstigen Umständen mit gutem Erfolg ausführbar ist, zeigt der beschriebene Fall, wenn auch ihre Berechtigung in einem Fall, der vor Beginn der Wehen mit intakter Eihöhle in die Klinik eintrat, trotz des auf Seite 37 u. ff. mitgeteilten Falles von Vaginofixationsgeburt dem Ref. nicht einleuchten will.

Der günstige Verlauf nun liess offenbar D. über die üblen Eventualitäten, denen der Operateur bei einer derartigen Operation begegnen kann, viel zu optimistisch urteilen.

„Durch die gesetzte Oeffnung kann das Kind bequem in die Scheide hineingezogen werden, vorausgesetzt, dass diese Oeffnung noch mechanisch nach allen Seiten gedehnt werden kann."

Fehlt nun aber die Voraussetzung der Dehnbarkeit, wie beispielsweise bei inoperablem Cervixcarcinom oder bei Eklampsie (Nephritis), so werden eben ausgedehnte, unberechenbare Zerreissungen des Uterus und des künstlichen Durchtrittskanals bei der Extraktion entstehen.

Ob ferner die stumpfe Ablösung des Peritoneum von der hinteren Cervixwand, ob die Einhaltung der richtigen Trennungsschicht zwischen Blase und Cervix unter den besonderen Verhältnissen der Schwangerschaft in allen Fällen gleichmässig leicht durchführbar ist, das sind Fragen, die nur durch Erfahrungen entschieden werden können. Wenn aber der Uterus einmal über die Region der Ablösung hinaus einreisst, so ist eine Blasenverletzung zwar nicht sicher, doch wahrscheinlich zu erwarten.

Noch mehr unterschätzt D. die Gefahr der atonischen Blutung, die er bei seiner Operation für geringer hält, als bei der Sectio caesarea. Er sucht den Grund dafür in der Vermeidung der Wunde im Uterushohlmuskel.

Mir scheint es aber lediglich ein Glücksfall zu sein, dass es in dem D.'schen Falle so wenig geblutet hat; weiss doch jeder Geburtshelfer, dass Uteri, die noch wenig oder gar nicht gearbeitet haben, nach plötzlicher Entleerung in der Regel sehr stark bluten.

D. wird also in seinen späteren Fällen voraussichtlich einen grösseren Procentsatz von Blutungen bekommen und sich dadurch veranlasst sehen, nicht nur der Drainage halber einen Streifen Gaze einzulegen, sondern der Atonie wegen eine kunstgerechte „Dührssen'sche Tamponade" auszuführen.

Hat man aber diese Notwendigkeit erkannt, so wird man bei ganz enger, nicht drainagefähiger Cervix, auf die Operation verzichten müssen, weil die Uterusnaht bei der Entfernung der Tamponade aufgerissen werden würde, falls sie nicht schon vorher durch Wehendruck gesprengt ist.

Wenn man aber die D.'schen Vorschläge strikte befolgt, wird die vaginale Porro-Operation zu der von D. angegebenen Indikation, der unstillbaren Blutung, in praxi zwei andere, ebenfalls erst im Verlauf der Operation sich ergebende Indikationen gewinnen, nämlich 1) Unmöglichkeit der Drainage, und 2) ausgedehntere Zerreissungen des Uterus.

Die Entfernung der Gebärmutter würde voraussichtlich relativ häufiger geschehen als bei den abdominalen Verfahren.

Dem klassischen Kaiserschnitt gegenüber hebt D. den Vorteil des extraperitonealen Operierens hervor, „welcher die Operation auch bei nicht mehr vorhandener Asepsis des Genitaltractus noch mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen gestattet. Denn selbst wenn unter diesen Umständen Infektionskeime auf die gesetzten Wunden übertragen werden, so ist die Entstehung einer septischen Peritonitis, welcher die Kranken bei zersetztem Uterusinhalt in Kaiserschnittfällen so zahlreich erliegen, ausgeschlossen." (Seite 17.)

Ob D. in dem Ausdruck „klassischer Kaiserschnitt" die Porro-Operation mit einbegriffen hat, ist nicht klar; jedenfalls käme diese in den meisten der herangezogenen Fälle in Betracht und sicher schafft sie weit günstigere Wundverhältnisse als die Dührssen'sche Operation.

Denn die letztere setzt zunächst eine tiefe Wunde im parametranen Zellgewebe, in die nachher bei der Entbindung pathogene Keime in Masse hineingearbeitet werden können.

Die Ansicht D.'s aber, dass bei Vermeidung von Verletzungen des Bauchfells eine septische puerperale Peritonitis ausgeschlossen sei, widerspricht klinischen und anatomischen Erfahrungen.

Für eine Indikation möchte ich die Berechtigung der Dührssen'schen Operation anerkennen und zwar bei operablem Cervixcarcinom; sonst aber fürchte ich, vorausgesetzt sie findet viele Nachahmer, dass sie dann dem klassischen Kaiserschnitt seinen Ruf als „gefährlichste geburtshülfliche Operation" (Seite 3) streitig machen werde. Westphalen (Flensburg).

Tages-Nachrichten und Notizen.

Am 13. Oktober hat Rudolf Virchow seinen 75. Geburtstag gefeiert. Auch uns möge es vergönnt sein, dem Nestor der deutschen medicinischen Gelehrtenwelt die herzlichsten Wünsche für sein neues Lebensjahr darzubringen. Mit unveränderter Schaffensfreudigkeit und Arbeitslust geht er ihm entgegen. Nachdem er zu seiner Erholung den anthropologischen Congress in Riga und die Millenniums-Ausstellung in Budapest besucht, auch an der Naturforscher-Versammlung in Frankfurt teilgenommen, hat er sofort im Interesse der deutschen Aerzteschaft die Organisation und die Aufgaben des deutschen Reichscomité's für den Moskauer Internationalen Congress in Angriff genommen. Möge ihm die Durchführung auch dieser Arbeit zu seiner eigenen Befriedigung und zur dankbaren Anerkennung der deutschen Aerzteschaft gelingen und ihm in diesem wie in einer langen Reihe folgender Jahre volle Gesundheit und Schaffensfreude bewahrt bleiben!

Gestorben am 12. Oktober nach kurzer Krankheit im besten Mannesalter Dr. Otto Michelsen, dirigierender Arzt des Nassauischen Wöchnerinnen-Asyls und Frauenarzt in Wiesbaden, ein Schüler A. Martin's. Ein tüchtiger und geschätzter Praktiker, hat er auch verschiedene wissenschaftliche Arbeiten verfasst und sich durch die Einführung des Lysols in die Gynäkologie verdient gemacht.

Dr. Franz Scherer hat sich als Privat-Docent für „Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge" an der böhmischen Universität in Prag habilitiert.

Litteratur-Verzeichnis.

I. Geburtshülfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Beuttner, O., Ueber Antisepsis u. Asepsis in der Geburtshülfe. Wien, 1896.

Fournier, Dr. C., Manuel complet des sages-femmes. T. IV: Nouvelles accouchées. et Nouveaux-nés. Paris, Baillière et fils. 1896.

Noble, Charles, P., Special Report of the Kensington Hospital for Women from its Organization in 1883 until 1896. Philadelphia, 1896. R. E. Lynch.

Stadtfeldt, A., u. *Ingerslev, E.*, Födslens og Barselsengens Pathologi. For Læger og Studerende. (Die Pathologie der Geburt u. des Wochenbettes f. Aerzte u. Studierende.) Kopenhagen. 1896. Gyldendal.

2. Allgemeines.

Brindeau, A., Quelques considérations tirées de l'examen de trois cent douze arrière-faix. L'Obstétrique. 15. Sept. 1896.
Cholmogoroff, S. S., Die Einführung von physiologischer Kochsalzlösung in den Organismus bei grossen Blutverlusten während und nach der Geburt. Sammlg. klin. Vortr. No. 161. Leipzig 1896. Breitkopf & Härtel.
Demelin, L., Des Hystéropexies considérées au point de vue obstétrical. L'Obstétrique. 15. Sept. 1896.
Dubruel, Ch. M., Considérations sur la pseudo-grossesse. Thèse. Bord. 1896.
Dührssen, A., Ueber chirurgische Fortschritte in der Geburtshülfe. Smmlg. klin. Vortr. No. 160. Leipzig 1896. Breitkopf & Härtel.
Durand, P. P., Essai de statistique obstétricale comparée. Thèse. Bord. 1896.
Heinricius, G., Om barnsängs febern och kampen mot densamma. (Das Kindbettfieber und der Kampf gegen dasselbe.) Finsk Tidsskrift T. XLI, H. 1 u. 2. Helsingfors 1896.
Lucien, F., Influence de l'hystéropexie abdominale antérieure sur les grossesses ultérieures. Thèse. Nancy 1896.
Negri, L'isteropessi studiata dal punto di vista ostetrico. Ann. di Ost. e Gin. Agosto 1896.
Noble, Charles P., Suspensio Uteri with Reference to its Influence upon Pregnancy and Labor. Amer. Journ. of Obst. XXXIV No. 2. 1896.
Parke, William E., Diagnosis of Pregnancy by the Changes in the microscopic Appearance of the Urinary Phosphates. Amer. Gyn. and Obstetr. Journ. Sept. 1896.
Tigges, W., Die Zwillingsgeburten der Marburger Klinik von 1885—18E6. Diss. Marburg 1896.
Tucker, Erwin A. Some Unusual Cases of Obstetrics. Amer. Gyn. a. Obstetr. Journ. Sept. 1896.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes.

Bossi, A proposito di tumori ostruenti il canale pelvico durante il parto. Ann. di Ost. e Gin. Agosto 1896.
Carossa, K., Eine neue Methode der Behandlung des Kindbettfiebers mit durchschlagendster Wirkung. München, Seitz & Schauer. 1896.
Helber, E., Ueber die Nierenerkrankungen Schwangerer. In.-Diss. Berlin, 1896.
Kroner, M., Ueber chorea gravidarum. Diss. Berlin, 1896.
Malcterre, J., De la rétention du placenta à terme. Thèse. Nancy, 1896
Oakeshott, W. F., Hyperpyrexia in the Puerperal State. Lancet. 1896. No. 3814.
Oster, H., Ein plötzlicher Todesfall nach der Geburt. Diss. Bonn, 1896.
Rockstroh, Frank Braine, Three Cases of Phlegmasia Dolens. Lancet. 1896. No. 3812.
Saxe, G. G., Placenta Previa. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Schippers, M., Die neueren Theorien über Placenta praevia. Diss. Bonn, 1896.
Schmarsow, K., Zwei Fälle ausgetragener Gravidität bei fibromatös degeneriertem uterus. Diss. Königsberg. 1896.
Wolter, O., Tetania gravidarum, mit besonderer Berücksichtigung des Facialis-Phänomens bei Schwangeren überhaupt. Diss. Bonn, 1896.
Wood, R. L., A Case of Post-partum Hæmorrhage. Lancet. 1896. No. 3812.

4. Enges Becken.

Fieux, J. M., Du passage de la tête fœtale dans les bassins aplatis et dans les bassins à type infantile. Thèse. Bord. 1896.
Vedeler, B., Et Tilfælde af spondylolisthesisk Bækken. (Fall von sp.-l. Becken.) Norsk Mag. f. Lægev. August 1896.

5. Geburtshülfliche Operationen und Therapie, Abortus, Operationen im Wochenbett.

Boyd, G. M., Case of Porro-Cæsarian Section. Amer. Gyn. a. Obstetr. Journ. Sept. 1896.
Boyd, G. M., Symphyseotomy. Amer. Gyn. a. Obstetr. Journ. Sept. 1896.
Chaleix-Vivie et *Audebert*, Traitement de l'avortement incomplet. Paris. 1896. Mason & Cie.

Heinricius, G., Ruptura uteri sub partu. — Amputatio uteri supravaginalis. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 41.
Helme, T. Arthur, Intra-cervical Injection of Glycerine; a Modification of Pelzer's Method of Inducing Premature Labour. Lancet 1896. No. 3814.
Kelly, Howard A., Delivery by Traction on the Scalp of the Child. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Kraus, O., Z. Therapie des Nabelschnurvorfalles bei Kopflage. Diss. Berl. 1896.
Lanteaume, Ch. M., Des lésions du fœtus dans les applications du forceps au détroit supérieur. Thèse. Bord. 1896.
Luebcke, M., 2 Fälle von Perforation des nachfolgenden Kopfes durch den Mundboden. Diss. Berlin, 1896.
Mirgel, L., Sieben Fälle von Kaiserschnitt. Diss. Bonn, 1896.
Mueller, A., Zur Anwendung der Zange. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 39.
Roesing, Zur Entwicklung des nachfoldenden Kopfes. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 39.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Beckmann, W., Beitrag zur Graviditât im rudimentären Uterushorn. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, H. 1.
Blumenthal, W., Ueber Graviditas tubaria. Diss. Greifsw. 1896.
Frankenthal, Lester E., Extra-uterine Pregnancy occurring twice in the Same Patient, with General Consideration of the Subject of Ectopic Gestation. Amer. Gyn. a. Obstetr. Journ. Sept. 1896.
Lean, Mary H. Mc., A Case of Tubal Pregnancy with an Anomalous Disposition of the Tube. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Rocchini, Un caso di gravidanza extrauterina addominale primitiva. Ann. di Ost. e Gin. Agosto 1896.
Westhoff, Th., Beitrag zur Extrauterinschwangerschaft an der Hand von 35 Fällen. Diss. Berlin, 1896.

7. Eklampsie.

Clowes, Norton B., A Case of Puerperal Eclampsia treated by Hyoscine. Lancet. 1896. No. 3814.

8. Osteomalacie.

Thorn, W., Zur Kasuistik der Kastration bei Osteomalakie. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 41.

9. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

Bradshaw-Isherwood, P. A., Two Cases of Exomphalos. Lancet. 1896. No. 3811.
Budin, Pierre, Service des enfants débiles à la Maternité. (année 1895). L'Obstétrique 15. Sept. 1896.
Budin, Pierre, Sur l'alimentation des nourrissons. L'Obstétrique. 15. Sept. 1896.
Dellevie, Heinrich, Zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Centralbl. f. Kinderheilk. 1896. H. 6.
Drapier, De l'emploi du lait stérilisé à Réthel. L'Obstétrique. 15. Sept. 1896.
Dürk, Ueber intrauterine Typhus- und Mischinfektion einer lebensfähigen Frucht. Münch. med. Woch. 1896, No. 36.
Fenwick. Soltau W., Réport on the Pathology of Infantile Marasmus. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1865.
Fricke C., Ueber die Lues der Neugeborenen. Diss. Berlin 1896.
Fronhöfer, E., Die Entstehung der Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalte in Folge amniotischer Adhäsionen. Diss. Berlin 1896.
Kautzsch W., Zur Obliteration der fœtalen Gefässe. Diss. Halle 1896.
Landsberger, Brüste und Stillen. Deutsche Med. Woch. 1896, No. 39.
Mahon, R. H. D., Acephalous Infants. Lancet 1896. No. 3811.
Nachtigäller, A., Ein Fall von habituellem Hydrops foetus. Diss. Berlin 1896.
Placzek, Intrauterin entstandene Armlähmung. Berl. Klin. Woch. No. 41, 1896.
Schaeffer, Oskar, Ueber die foetale Dolicho- und Brachykephalie. Ein Beitrag zur foetalen Schädelentwickelung und zu den Fragen von der Vererbung und den Geburtseinflüssen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 1.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Amann, J. A. jun., Kurzgefasstes Lehrbuch der mikroskopisch-gynäkologischen Diagnostik. Wiesbaden 1896. I. F. Bergmann.

Finger, Ernst, Die Blenorrhoe der Sexualorgane und ihre Complikationen etc. Vierte wesentlich vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1896.

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie. Red. u. herausgegeben v. Prof. Dr. Hildebrand in Berlin. Wiesbaden 1896. I. F. Bergmann.

Handbuch der Gynäkologie. In drei Bänden herausgegeben von *J. Veit*. Band I.

Löhlein, Asepsis und Antisepsis in der Gynäkologie.

Küstner, Lage und Bewegungs-Anomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane.

Veit, Erkrankungen der Vagina.

Bumm, Gonorrhoische Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane.

Nagel, Entwickelung und Entwickelungsfehler der weiblichen Genitalien. Wiesbaden 1897. I. F. Bergmann.

Strassmann, Dr. P., Beiträge zur Lehre v. der Ovulation, Menstruation u. Conception. Berlin 1896, Hirschwald.

Windscheid, Franz, Neuropathologie und Gynäkologie. Eine kritische Zusammenstellung ihrer physiologischen und pathologischen Beziehungen. Berlin 1896. S. Karger.

11. Allgemeines.

Stammore Bishop, E., A New Deep(?) Suture for Large Operation Wounds. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1865.

Curatulo, G. E. u. Tarulli, L., La secretione interna delle ovaie. Roma 1896. Fratelli Centenari.

David, Max, Ueber einige mit Eurythrol behandelte Fälle von Chlorose. Deutsche Med.-Zeit. 1896. No. 69.

Herr, R., Ueber die Virulenz des Bacterium coli commune. Diss. Heidelberg 1896.

Howie, Robert, Early Menstruation. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1863.

Mond, Weitere Mitteilungen über die Einverleibung von Eierstocksubstanz zur Behandlung der Beschwerden bei natürlicher und anticipierter Klimax. Münch. med. Woch. 1896. No. 36.

Palmer, Chauncey D., Gynecology and General Medecine: Their Reciprocal Relations. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.

Pantzer, H. O., Modern Views on Matrimonial Sterility. Ann. of Gyn. a Pæd. Sept. 1896.

Stone, J. S., Some Post-operative Results of Gynecological Surgery. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.

12. Anatomie u. pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Kettner, Th., Ein Fall von Uterus duplex bicornis cum vagina septa mit Gravidität. Diss. Berlin 1896.

Pick, L., Eine Methode der Schnellanfertigung gefärbter Dauerpräparate für die „Stückchendiagnose". Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 40.

Robinson, Byron, Studies on the Peritoneum. Development. Ann. of Gyn. a. Pæd. Sept. 1896.

13. Vulva. Scheide. Damm. Beckenbindegewebe.

Ahlfeld, F., Zur Mechanik der Scheidenausspülungen. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 38.

Künzig, Ed., Ueber das Hämatom der Vulva u. der Vagina Diss. Tübingen 1896.

14. Uterus und Operation an demselben.

Blum, Robert, Welches ist die beste Myomoperation? Statistik der in den letzten Jahren an der Universitäts-Frauenklinik zu Leipzig ausgeführten Myomectomien. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35. H. 1.

Chrzanowski, Josef v., Zwei Fälle von secundärer Verwachsung submucöser Myome mit der gegenüberliegenden Wand des Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 35 H. 1.

Edwards, William A., Pan-hysterectomy for Fibroid in Aged Women. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.

Gebauer, *E.*, Beiträge zur Lehre vom inoperabeln Uterus-Carcinom. Diss. Halle 1896.
Kæppeli, *A.*, Ueber den Krebs des Gebärmutterkörpers u. Impfrecidive. Diss. Basel 1896.
Kühn, *Alb.*, Ein Fall von Spindelzellensarkom im Corpus uteri mit cystischer Degeneration. Diss. Greifsw. 1896.
Noble, *Charles F.*, A New Operation for Certain Cases of Procidenta Uteri. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. May 1896.
Philppi, *H.*, Ueber Vaginofixation der Gebärmutter (20 Fälle) Diss. Basel 1896.
Richter, *P.*, Partielle durch Tumoren bedingte Uterusinversionen. Diss. Berlin 1896.
Robb, *Hunter*, The Causes and Mechanism of Retoflexion and Retroversion of the Uterus. Cleveland Med. Gaz. July 1896.
Wathen, *William H.*, Treatment of Intraligamentous and Retroperitoneal Uterine Myomata. Amer. Gyn. a. Obstetr. Journ. Sept. 1896.
Wathen, *William H.*, Vaginal Hysterectomy. Amer. of. Obst. Sept. 1896.
Zweifel, *P.*, Ueber die Klammerbehandlung bei der Totalextirpatio uteri per vaginam. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 38.

15. Ovarium. Tuben. Ligamente.

Butler-Smythe, *A. C.*, Pregnancy complicated by Ovarian Tumour; Rupture of the Cyst Nineteen Days after Delivery; Recovery. Lancet. No. 3812. 1896.
Cullen, *Thomas S.*, Multilocular Adeno-pappilo-cystoma of the Ovary; with Sarcomatous Nodules of the Inner Surface of one of the Cysts .Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Delagénière, *Henry*, Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppurations pelviennes. Ann. de Gyn. et d'Obst. Sept. 1896.
Hartmann, *Henri*, Traitement des inflammations des annexes et du peritoine pelvien. Ann. de Gyn. et d'Obst. Sept. 1896.
Laroyenne, Du traitement des collections pelviennes par un large débridement vaginal. Ann. de Gyn. et d'Obst. Sept. 1896.
Malcolm, *John D.*, Two Cases of Rupture of Intestine caused by the Separation of Adhesions to Diseased Ovaries. Lancet. 1896. No. 3813.
Riedel, *W.*, Ein Fall von Haematoma ovarii bei einem Neugeborenen. Diss. Halle 1896.
Taylor, *Basil M.*, Dermoid Cysts of Both Ovaries. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Wetherill, *H. G.*, Supernumerary Oviducts, and Typical Hydatid of Morgagni, with a Large Uterine Fibroid: Hysterectomy. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Zumbusch, *O.*, Fibroma ovarii. Diss. Bonn 1896.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Bröckerhoff, *E.*, Improvisierte Laparotomieen, ihre Indikationen und Prognose. Diss. Erlangen 1896.
Goering, *R.*, Die Drainage der Bauchhöhle nach Laparotomieen. Diss. Jena 1896
Heinricus, *G.*, En 3dje serie af 100 laparotomier. Finska Läkaresällskapets Handlinger Bd. 38. H. 7. Helsingfors 1896.
Hickmann, *J. W.*, The Management of Cases after Abdominal Operations. Amer. Journ of Obst. Sept. 1896.
Köhler, *F.*, Zur Diagnostik der abdominalen Tumoren. Diss. Freiburg 1896.
Kreibich, *Karl*, Zur Aetiologie abdominaler Abscesse. Wien. klin. Woch. 1896. No. 39.
Miller, *Aaron B.*, Conjoined Abdominal and Vaginal Section: Advantages gained in Drainage by this Method. Amer Journ. of Obst. Sept. 1896.
Noble, *Charles P.*, Drainage Versus Radical Operation in the Treatment of Large Pelvic Abscesses. Journ. of the Amer. Med. Association. 8. Aug. 1896.
Reynier, *Paul*, Traitement des suppurations pelviennes. Ann. de Gyn. et d'Obst. Sept. 1896.
Richelot, *L. Gustave*, Sur le traitement des suppurations pelviennes. Ann. de Gyn. et d'Obst. Sept. 1896.

Schaeffer, O., Zur Technik der Bauchschnittnaht. Centralbl. f. Gyn. 1896, No. 40.
Ségond, Paul, Considerations on the Technique, the Difficulties and Dangers of Vaginal Hysterectomy in Cases of Fibroma and in Pelvic Suppuration. Ann. of Gyn. a. Päd. Sept. 1896.
Thœnes, C., ein Fall von Abbindung beider Ureteren bei Totalexstirpation des myomatösen Uterus. Diss. Bonn, 1896.

17. Harnorgane. Fisteln.

Boldt, H. G., Implantation of the Ureter into the Bladder, per Abdominal Section, for the Cure of Uretero-Vaginal Fistula. Ann. of Gyn. a. Päd. Sept. 1896.
Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins, Operation zweier Fälle von Anurie durch Nierensteineinklemmung in den Ureter. Berl. klin. Woch. 1896, No. 29.
Gerhard, J., Ueber Blasencervixfisteln mit besonderer Berücksichtigung eines in der Greifswalder gynäkologischen Klinik beobachteten Falles. Diss. Greifswald, 1896.
Israel, S., Die Operationen der Steinverstopfung des Ureters. Berl. klin. Woch. 1896. No. 38.
Noble, Charles P., Nephrectomy for Tuberculosis of the Kidney. Amer. Gyn. a. Obstetr. Journ. Sept. 1896.
Norris, Richard C., The Advantages of Incision and Drainage in some Cases of Pyelitis. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Sept. 1896.
Tallay, Frank W. A Case of Nephrotomy for Pyelonephrosis. Amer. Gyn. a Obstetr. Journ. Sept. 1896.

18. Gonorrhoe.

Hjort, J., Behandling af Blennorhoea neonatorum. Norsk Mag. f. Lægev. August 1896.
Scott, J. F., Gonorrhoea in Women. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Wertheim, E., Ueber Blasengonorrhoe. Ein neuer Beitrag zum Verhalten der Gonokokken im Gewebe. Nachweis von Gonokokken in Blutgefässen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, H. 1.

19. Hysterie.

du Mesnil, O., Ein Fall von Hysterie mit ungewöhnlichen Magengeräuschen. Diss. Jena, 1896.
Rauschberg, Ein Fall von in hohem Alter aufgetretener akuter Hysterie. Allg. med. Centr.-Anzeiger. 23. Sept 1896.
Sticker, Beiträge zur Hysterie. Allg. med. Centr.-Anzeiger. 23. Sept. 1896.

20. Mamma.

Haicock. Henry E., Early Appearance of Scirrhus of the Mamma. Lancet. 1896. No. 3811.

21. Technisches. Akiurgie.

Baumann, Bernhard, Vorrichtung für gynäkologische Heilgymnastik „Roborator". Aerztl. Polytechn. 1896. No. 9.
Kronacher, Modificierter transportabler Sterilisationsapparat für Verbandstoffe und Instrumente. Münch. med. Woch. 1896. No. 38.
Moorhead, T. H. A new Uterine Probe. Lancet. 1896. No. 3811.
Müller, Transportable Beinhalter für die geburtshilfliche Praxis. Münch. med. Woch. 1896. No. 39.

22. Darm.

Grüttner, A., Ein Fall von Darmstenose nach Kastration. Diss. Tübingen, 1896.

23. Narkose. Antiseptica.

Keyers, Thomas Bassett, Hypnotic Anæsthesia. Amer. Journ. of Obst. Sept. 1896.
Kossmann, R., Ueber steriles Catgut. Berl. klin. Woch. 1896. No. 39.
Streng, W., Zur Chloroformwirkung. Zeitschr. f. prakt. Ae. 1896. No. 18.
Stevenson, W. F., Note on a Case of Death from Chloroform. Lancet. 1896. No. 3813.

Verhandlungen der „American Association of Obstetricians and Gynecologists" für das Jahr 1895.

(Erschienen September 1896.)

Ross, James F. W.. Suppurating Bilateral Parotitis.
Miller, A. B., Intermediate Treatment of Puerperal Sepsis.
Murtry, Lewis S. Mc., The Indication for Operation in Puerperal Sepsis.
Rosenwasser, Marcus, Exceptional Location of the Blood-clot in a Case of Rupture and Ectopic Pregnancy.
Dunning, L. H., Ruptured Interstitial Pregnancy.
Tappey, Ernest T., Intraperitoneal Adhesions.
Ill, Edward J., A Clinical Contribution to the Study of the Lateral Displacements of the Uterus.
Werder, X. O., Some of the Advantages of, and Indications for, Vaginal Hysterosalpingo-oophorectomy in Suppurative Pelvic Disease.
Blume, F., Eclampsia Gravidarum.
Longyear, H. W., The Prophylactic Treatment of Eclampsia Gravidarum.
Manton, W. P., So-called Puerperal Eclampsia in its Relation to Insanity.
Cordier, A. H., Diagnosis of Intra-abdominal Tumors.
Ross, James F. W., Pneumo-peritoneum.
Hall, Rufus B., The Prevention of Pelvic Inflammation in Women.
Hayd, Herman E., Large Hydronephrotic Cyst Simulating Ovarian Tumor; Abdominal Nephrectomy; Recovery.
Myers, William H., The Limitations of Craniotomy.
Rickets, Edwin, Three Recent Cases in Gall-bladder Surgery.
Davis, W. E. B., Operative Procedure for the Relief of Obstruction of the Biliary Ducts.
Dorsett, Walter Blackburn, The Use and Abuse of the Uterine Curette.
Maxwell, Thomas J., Some Anomalies found in Abdominal Surgery.
Hypes, B. W., Should Intrauterine Injections of Glycerine be Used for Induction of Labor?
Ward, Milo Buel, Has Gynecology Received Just Recognition as a Speciality?
Longyear, H. W., Kraurosis Vulvae: A Contribution to its Pathology and Therapeutics.
Sexton, Jone Chase, Post-climacteric Endometritis.
Praeger, E. Arnold, Is So-called Conservation in Gynecology Conducive of the Best Results to the Patient?
Veer, A. Vander, Appendicitis: Suggestions for a more Uniform and Simple Classification to Aid the General Practitioner, with Report of a Few Cases to Illustrate Some of the Points Presented in this Paper.
Boise, Eugene, Retroversions of the Uterus.
Frederick, C. C. Neurasthenia Accompanying and Simulating Pelvic Disease.
Clarke, Augustus P., The Relation of Pelvic Suppuration to Structural Changes that may occur in the Fallopian Tubes.
Dewees, William B., Parturial Sepsis.
Sellmann, William A. B., Treatment of Hyperplastic Conditions of the Uterus.
Baldwin, J. F. Manual Interference to Correct Certain Undesirable Presentations.
Chase, Walter B., Some Reflections on Conditions and Methods favoring Success in Abdominal Surgery.

In der Tabelle IV der Arbeit von Herrn Pipek ist durch die Verschiebung des Satzes eine bedauerliche Entstellung entstanden. Die Zahlen unter der Columne des Geburtsverlaufes der Mehrgebärenden sind um eine Zeile zu heben. Es ist also 1 Fall von Abscessus colli uteri gangraen. bei Spontangeburt, 1 Fall von Dysenteria. Sepsis puerper. nach operativer Beendigung u. s. w. angegeben. Zuletzt sind 2 Fälle von Ulcera puerperalia bei Spontanverlauf und 1 Fall nach operativem Verlauf vorgekommen. Die Summe der puerperalen Erkrankungen schwerer und leichter Art sind auf der Tabelle IV richtig angegeben.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.

Band IV. | November 1896 | Heft 5.

Anzeigen.

Verbesserte Leube-Rosenthal'sche Fleischsolution.

Prämiirt I. internationale pharmazeutische Ausstellung Wien 1883.

Vorzüglichstes u. leicht verdaulichstes Nahrungsmittel für **Magenleidende, Reconvalescenten** u. **schwache Personen.** In hiesigen und anderen Universitätskliniken mit bestem Erfolge bewährt bei **Magen- und Darmleiden, Darmgeschwüren und Darmblutungen, Typhus etc.** Empfohlen und angewandt von bedeutenden Klinikern der Gegenwart, wie von Volkmann, Nothnagel, Rossbach und anderen.

● **Nitroglycerintabletten** ●

nach Herrn Prof. Dr. Rossbach à 0,0005 und 0,001 in jedem Täfelchen Bestbewährtes Mittel bei **asthmatischen Beschwerden, Angina pectoris.** Ohne jede unangenehme Nebenwirkung. Physiologisch wirksamer wie Amylnitrit. In Schachteln zu 50 u. 100 St.

Jena: Medicinal-Assessor Hüffner's Hof- und Ratsapotheke Dr. R. Dütschke.

General-Depôt für die Schweiz: H. erhut's Nachf. Jucker (Fing) Neumünster-Zürich

H. Windler, Königl. Hoflieferant.

Chirurgische Instrumente

Bandagen, Krankenpflege-Artikel.

BERLIN NW. 7.

Verkaufslager: **Dorotheen-Strasse 3.** Fabrik: **Hegelplatz 1.**

Telephon: Amt I, 7538. — Tel.-Adr.: **Orthopädie Berlin.**

Neue Instrumente:

Scheidenhalter nach A. Martin mit Ringhandgriff . . .	M. 6.—
Seitenhebel nach Landau, rechtwinklig und bajonettförmig gebogen . . . . . à	„ 6.—
Gefenstertes Speculum nach Landau, 2 Grössen . . . à	„ 5.—
Sondenzange zur Vaginofixation nach Orthmann . . .	„ 11.—
Ausspülungs-Katheter nach Weinhold, in 3 Gr.	M. 16.—, 24.—, 27.—
Bauchdeckenhalter nach Horn	M. 8.—
Besteck nach A. Martin für gynaekologische Operationen	„ 190.—

Transportable Beinhalter nach Ihle, D. R. G. M.:

in Verbandtaschenform, Façon A. (nicht zerlegbar), 2 kg schwer	M. 23.—
in Verbandtaschenform, Façon B. (einmal zerlegbar) .	„ 28.—
in Verbandtaschenform, Façon C. (zweimal zerlegbar .	„ 33.—
in Rocktaschenform, 150 gr schwer	„ 10.—

ALEXANDER SCHAEDEL,

Fabrik chirurg. Instrumente und Bandagen,

Reichsstrasse 14 LEIPZIG Nicolaistrasse 21

empfiehlt

Operations-Gummikissen

nach Kely-Sänger.

Neu! Kochapparate bei der feuchten Asepsis der Bauchhöhle v. Nickelin nach Sänger

Neu! **Zange zur Myomektomie** nach Sänger.

Specula in 4 Grössen nach Neugebauer.

Silberne Ätzstäbchen nach Sänger. Spülbecken nach Apostoli.

Abortuszangen und Portiozangen nach Sänger.

Klemmzangen zur vaginalen Hysterektomie etc. etc. billigst.

Original-Arbeiten.

I. 83 Fälle von Myomo-hysterectomia abdominalis totalis nach modificiertem Doyen'schen Verfahren

Von

W. SNEGUIREFF,

Professor für Gynäkologie an der Kaiserlichen Universität in Moskau.

Die nun seit 30 Jahren so viel erörterte Frage nach der sichersten und gefahrlosesten Methode der Entfernung von Uterusmyomen durch den Bauchschnitt ist auf dem Gebiete der chirurgischen Gynäkologie noch immer Gegenstand lebhafter Controversen. Das Streben aller Chirurgen trachtete danach auch für die Myomotomie eine Mortalität von nahezu 0 pCt. zu erzielen, wie es für die Ovariotomie besteht. Für die extra-peritoneale Methode, welche zuerst von Péan geübt wurde, ist es nicht erreicht worden, doch hat sie sich unter den Händen einzelner Chirurgen in einer geringeren Anzahl von Fällen jenem Ideale genähert. Glücklichere Resultate ergab die intraperitoneale Methode, namentlich in Gestalt der Myomo-hysterectomia abdominalis totalis, weil hierbei die Hinterlassung eines Stumpfes wie bei Myomo-hysterectomia supravaginalis mit seinen Unannehmlichkeiten und Gefahren in Wegfall kommt. Die Ursachen der Todesfälle nach Coelio-Myomotomieen sind im Allgemeinen dieselben wie nach einer Ovariotomie oder überhaupt Coeliotomie, also: Shock, Sepsis, Blutungen, Darmocclusion u. s. w., ebenso auch entfernte Ursachen wie Embolie der Lungenarterie. Ausserdem muss das Mortalitätsprocent nach der Myomotomie grösser ausfallen wie nach der Ovariotomie, da nicht selten Herz und Nieren erkrankt sind, in Gestalt der braunen Herzatrophie, der Nierenschrumpfung. Auch die Beschaffenheit des Blutes selbst, nämlich die chronische Anämie, vielleicht noch andere Blutkrank-

heiten disponieren zu Erkrankungen nach der Operation, so dass, unter sonst gleichen Bedingungen, die Neigung zu Lungenentzündungen, zu Thrombosen und Embolieen sich viel mehr geltend macht, als nach Ovariotomieen. Ausserdem wird mit der Operation so oft gezögert, so dass dann der chirurgische Eingriff ein grösserer, schwererer wird, was wiederum das Sterblichkeitsprocent erhöht. Viele Beweise nötigen ferner auf die Fibromyome wie auf angeborene Tumoren zu sehen, wobei als am meisten hervortretendes Symptom der allgemeinen Entwickelungsstörung des ganzen Körpers sich auch mangelhafte Entwickelung der blutbildenden und ausscheidenden Organe zeigt. Es ist selbstverständlich, dass man unter solchen Bedingungen im Organismus nicht jene Stabilität und Widerstandsfähigkeit gegenüber Operationen trifft, wie sie bei völlig entwickeltem Organismus vorhanden ist. Ferner sind Personen mit angeborenen Fibromyomen nicht selten steril und zur Fettsucht geneigt, was wiederum die Vornahme der Coeliotomie wegen des Widerstandes der Bauchwände erschwert und ungünstiger gestaltet. Die Gefässe der Beckenhöhle erwerben auch eine stärkere Schlängelung, Neigung zur Erweiterung und grössere Zerreisslichkeit, was die Neigung zu Blutungen vor und nach der Operation sowie zu Thrombosen und Embolieen erklärt. Auch sollen die Komplikationen von Seiten des Tumors selbst nebst der ihm umgebenden Teile nicht unerwähnt bleiben, wie die Entfernung einer grossen Menge Blutes zugleich mit dem Tumor bei Fibromyoma cavernosum; ferner Degenerationsvorgänge und schwerere Erkrankungen der Uterusadnexe und schliesslich bei tiefsitzenden Tumoren des Beckens, die Nachbarschaft der Harnleiter.

Damit wären jene Zustände dargelegt, welche unzweifelhaft an und für sich selbst das Mortalitätsprocent bei Myomotomieen erhöhen. Wenn also das Sterblichkeitsprocent nach Myomohysterectomie nicht das nach Ovariotomie erreichen kann, so ist doch nach meiner Meinung seine Herabdrückung auf 5 pCt. ein recht ideales Ergebnis. Die Bedingungen, welche einen solchen Erfolg sicher stellen, müssen in Folgendem bestehen:

1. Sicherheit und Genauigkeit in der Blutstillung.
2. Verminderte Operationsdauer und
3. Vereinfachung der Operationsmethode.

Ich denke, dass bei der gleich zu beschreibenden Methode diese Bedingungen erfüllt sind, was ich mit 83 ohne Unterschied während 2 Jahren operierten Fälle belegen kann. Hierunter waren gewiss auch leichte Fälle, jedoch sicherlich wenigstens ein Drittel derselben muss zu den sehr schwierigen gerechnet werden, ja einige Fälle gehörten zu denen, bei welchen es kaum möglich war, die Operation mit Hülfe anderer Methoden ausser der von mir beschriebenen zu vollenden. Ich habe Myomotomieen nach allen nur möglichen Methoden ausgeführt, am häufigsten intraperitoneal mit Zurücklassung des Stumpfes. Mit dieser Methode war die Mortalität 18 pCt.[1])

[1]) Siehe: Sneguireff. Hämorrhagieen des Uterus. 1895. Bericht über eine 6jährige Thätigkeit der gynäkologischen Klinik, 1889—1895.

Gegenwärtig habe ich alle früheren Methoden verlassen und bevorzuge ausschliesslich die von mir modificierte Methode von Doyen. Die vaginale Hysterektomie des myomatösen Uterus weise ich keineswegs ab, jedoch ist meine persönliche Erfahrung mit derselben eine sehr begrenzte, weil bei uns in Russland Myomkranke sich zu einer Operation nur bei extremer Entkräftung entschliessen, in der Mehrzahl der Fälle also erst dann, wenn die Geschwulst dermassen umfänglich und der Fall so kompliciert ist, dass jeder Gedanke an eine vaginale Operation schwinden muss. Die Sicherheit und Zuverlässigkeit des Erfolgs der Methode per Coeliotomiam nimmt überdies dermassen für sie ein, dass man nichts mehr davon wissen will, sie durch irgend eine andere zu ersetzen. Ich habe mit dieser Methode, wie sich zeigen wird, keine einzige Kranke an Blutung verloren. Die Operationsdauer betrug durchschnittlich 45 Minuten. Verlauf nach der Operation durchaus glatt, weder Hernienbildung noch andere Komplikationen kamen später vor. Nur in 2 Fällen war ich genötigt zur sekundären Coeliotomie zu schreiten, ein Mal in Folge von Darmocclusion, das andere Mal wegen Umschnürung der Harnleiter durch Ligaturen. Beide Fälle endigten mit glatter Heilung. Was die Möglichkeit einer Unterbindung oder Verletzung der Harnleiter anbelangt, so bin ich gleichwohl sicher, dass meine Methode diese Gefahr völlig umgehen kann. Nach meinen Untersuchungen und Erfahrungen mit der Aufsuchung und Unterbindung der Art. uterinae nach meiner Methode (S. Monatsschrift Bd. III, Hft. 6) genügt es in zweifelhaften Fällen, das hintere Blatt des Ligamentum latum nach hinten und oben wegzuziehen, wodurch die Möglichkeit einer Verletzung der Harnleiter völlig beseitigt wird, da durch dieses Manöver Richtung und Lage der Harnleiter vollkommen sichtbar gemacht werden können.

Operationsverfahren.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle wälzt man den Uterus mit Tumor nach aussen hervor. Die Ligam. rotunda werden in ihren unteren Dritteln abgebunden. Zwischen den Ligam. rotunda führt man durch die Peritonealdecke der vorderen Uteruswand einen nach unten konvexen Einschnitt, hierauf werden die Ligam. rotunda oberhalb der Unterbindung durchschnitten; mit dem Finger wird das Zellgewebe zwischen Harnblase und Cervix bis zum vorderen Scheidengewölbe herab getrennt. Hernach wird der Uterus sammt Tumor nach der Symphysis oss. pubis zu kräftig übergeworfen und das Peritoneum über dem hinteren Scheidengewölbe mit dem Messer durchschnitten. Von den beiden Enden dieses Schnittes aus werden 2 weitere Schnitte durch das Peritoneum aufwärts geführt, entlang dem Uterusrand bez. der Geschwulst und wird mit dem Finger das Peritoneum von den Schnitten aus zur Seite geschoben. Der tastende Finger sucht nun vorn und hinten die Gegend an den seitlichen Uterusrändern unterhalb des inneren Muttermundes auf, um dann mittels Deschamp'scher Nadel eine Seidenligatur von hinten nach vorn derart durchzulegen, dass sie unter dem Uteruszweig der Art. uterina durchgeht und vorn seitlich am Mittelteil

des Cervix wieder heraus kommt. Durch diese einzige Ligatur wird das ganze Lig. latum unterhalb der Uterusadnexe unterbunden. Nach Anlegung von Klemmen an den Uterushörnern zur Verhinderung einer Blutung aus dem Uterus wird das ganze Lig. latum oberhalb der Ligatur vom Uterus bez. Tumor abgetrennt und zur Seite gelegt. Um die zurückgelassenen nicht unterbundenen Gefässe seitlich der Cervix zu unterbinden wird das Peritoneum und das Zellgewebe nach hinten und vorn mit dem Finger abgetrennt und noch eine Ligatur von hinten nach vorn durchgelegt, welche alle Zweige der Uterusarterie mitfasst, und mittels Scheere die seitlichen Teile des Lig. latum an der Cervix abgetrennt. Ist dies auf beiden Seiten gemacht, so hält sich die Cervix nur noch an den Befestigungen der Scheidengewölbe. Um auch diese zu lösen, trennt man zuerst mittels Scheere das hintere Scheidengewölbe am Peritonealrand ab, hierauf geschieht dies weiter mit dem seitlichen und dem vorderen Scheidengewölbe. Die Scheidenränder werden mit Zangen gefasst, damit sie nicht nach unten entschlüpfen. Eine etwaige Blutung aus der Vaginalwand wird durch Umstechung gestillt. Die Scheide wird mit Lysollösung nochmals desinficiert; hierauf werden die Uterusadnexe entfernt. Von der Scheide her wird nun eine Kornzange in die Bauchhöhle eingeschoben, mit welcher die langen Ligaturen der Lig. lata und damit die Stümpfe der Lig. lata selbst erfasst und in die Scheide herabgeleitet werden. Die Scheide samt den Stümpfen wird von der Bauchhöhle her vernäht, die Wunde gereinigt und die beiden Blätter des Peritoneum über der Scheide derart vernäht, dass schliesslich die Anordnung des Douglas'schen Raumes gleich dem des männlichen wird.

Diese letzte Phase ist am Besten in der Trendelenburg'schen Lage auszuführen. Sodann wird ein Streifen Jodoformgaze durch den unteren Winkel der Bauchwunde in den Douglas'schen Raum eingeführt, die Bauchwunde vernäht, die Scheide mit einer Lysollösung auspespült und mit Jodoformgaze austamponiert.

Gewöhnlich wird die Jodoformgaze aus dem Douglas'schen Raume am 4. Tage herausgezogen. Zwischen dem 14. und 16 wird die lange Ligatur der Lig. lata entfernt. Die Scheide wird in üblicher Weise desinficiert.

Liste der Fälle von Myomohysterectomia totalis abdominalis nach der Methode von Doyen-Sneguireff.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst.	Verlauf	Ausgang.
1.	M. E. M. 41 j.	3 rechtzeitige Geburten, 2 Frühgeburten, 3 Aborte.	Tumor und Schmerzen im Unterleibe, Menorrhagiae etc.	Myomohysterectomia totalis abdominalis 1. III. 1894 mit Unterbindung der arter. uter. u. ohne Anlegung von Klemmen an die Lig. lata. Operationsdauer: 55 Minuten.	keine	Cystofibroma uteri interstitiale et subserosum von Kindskopfgrösse.	Am 12. Tage Pneumonia sin. catarrhalis von geringer Ausdehnung. Während 3 Tage Erhöhung der T°., am Abend 38,3° nicht übersteigend.	Geheilt entlassen am 31. III. 1894.
2.	E. N. J. 40 j.	2	Schmerzen im Unterleibe, Kreuz, linken Bein. Menorrhagiae Weisser Fluss etc.	Dgl. 2. III. 1894, wie im vorigen Falle. Operationsdauer: 1 Stunde 25 Min.	„	Fibromyoma uteri subserosum interstitiale multiplex von Mannskopfgrösse eingekeilt im Becken. Verwachsungen mit Darm und Beckenbauchfell.	Ohne Störung.	Dgl. am 30. III. 1894.
3.	M. W. M. 32 j.	Virgo	Tumor in abdomine. Menorrhagiae weis. Fluss etc.	Dgl. 4. III. 1894, wie im 1. Falle. Operationsdauer: 1 Stunde.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum von Mannskopfgrösse. Degeneratio cystica ovariorum.	„	Dgl. am 1. IV. 1894.
4.	K. C. C. 46 j.	Sterilitas	Metrorrhagiae Anaemia etc.	Dgl. 10. III. 1894. Operationsdauer: 1 Stunde 5 Min.	„	Fibromyoma uteri subserosum multiplex über Faustgrösse.	„	Dgl. am 31. III. 1894.
5.	A. K. B. 40 j.	6	Tumor in abdomine Menorrhagiae, Unterleibs- und Lendenschmerzen, Anämie.	Dgl. 15. III. 1894. Operationsdauer: 40 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum von Mannskopfgrösse.	„	Dgl. am 8. IV. 1894.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
6.	E. N. P. 32 j.	Sterilitas	Harninkontinenz und Retention des Harnes. Menorrhagiae Tumor i. a. etc.	Dgl. 22. III. 1894. Verwachsung mit dem Beckenperitoneum. Operationsdauer: 45 Minuten.	keine	Fibromyoma uteri submucosum et interstiale multiplex von Kindskopfgrösse.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 12. IV. 1894.
7.	M. A. M. 40 j.	2	Weisser Fluss Unterleibsschmerzen, Tumor i. a. etc.	Dgl. 30. III. 1894. Operationsdauer: 40 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstiale subserosum, von Kindskopfgrösse.	„	Dgl. am 18. IV. 1894.
8.	M. P. R. 38 j.	4	Menorrhagiae Tumor i. a. etc.	Dgl. 5. IV. 1894. Operationsdauer. 40 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstiale et subserosum von Kindskopfgrösse.	„	Dgl. am 20. IV. 1894.
9.	E. M. 39 j.	Virgo.	Tumor i. a. Menorrhagiae etc.	Dgl. 5. IV. 1894. Operationsdauer: 35 Minuten.	„	Fibromyoma uteri subserosum multiplex fast von Mannskopfgrösse.	„	Dgl. am 25. IV. 1894.
10.	A. K. F. 48 j.	Sterilitas	Rheumatismus articulorum chronicus. Degeneratio cordis adiposa, Tumor i. a. Unterleibschmerzen etc.	Dgl. 1. V. 1894. Operationsdauer: 57 Minuten.	„	Fibromyoma uteri subserosum multiplex cum degeneratione cystica et suppuratione, fast von Mannskopfgrösse. Salpingo — Oophoritis duplex.	„	Im Besserungszustand entlassen am 19. V. 1894.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
11.	K. J. C. 55 j.	Sterilitas	Menorrhagiae, Metrorrhagiae. Unterleibschmerzen. Allgemeine Schwäche etc.	Dgl. 16. IX. 1894. Operationsdauer: 55 Minuten.	keine	Fibromyoma uteri interstiale et submucosum multiplex, über Kindskopfgrösse.	Darmobstruction, beseitigt durch secundäre Coeliotomie.	Etwas anämisch entlassen am 11. X. 1894.
12.	M. F. B. 44 j.	Sterilitas	Tumor i. a. Lendenschmerzen, Weisser Fluss Allgemeine Schwäche etc.	Dgl. 17. IX. 1894. ohne Eröffnung des hinteren Laquear b. Beginn, Blasenverletzung während der Operation. Operationsdauer: 1 Stunde 30 Min.	„	Fibromyoma uteri interstitiale subserosum, Gewicht 7 Pfd.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 25. X. 1894.
13.	A. A. D. 43 j.	2	Unterleibschmerzen, in der rechten Leiste, Tumor i. a., Weisser Fluss etc.	Dgl. 23. IX. 1894. ohne Eröffnung des hinteren Laquear beim Beginn der Operation. Operationsdauer: 1 Stunde 10 Min.	abdominal nach Miculicz	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum, über Kindskopfgrösse Pyosalpinx duplex.	Eiterung der Drainagestelle Fistula abdomino-vaginalis.	Dgl. am 14. X. 1894.
14.	R. J. J. 38 j.	Keine Schwangerschaft bis zur gegenwärtigen.	Tumor i. a., Schmerzen etc.	Dgl. ohne Eröffnnng des hinteren Laquear beim Beginn der Operation. 28. IX. 1894. Operationsdauer: 1 Stunde 30 Min.	Dgl.	Schwangerer Uterus, 5. Monat Frucht abgestorben, und Fibromyoma uteri interstiale et subserosum cum degeneratione cystica. von Mannskopfgrösse, Gesammtgewicht 8 3/4 Kilo.	Ohne Störung.	Dgl. am 15. X. 1894.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
15.	N. J. F. 43 j.	2	Unterleibs- u. Lendenschmerzen, Menorrhagiae, Weisser Fluss, allg. Schwäch. Anämie etc.	Dgl. ohne Eröffnung des hinteren Laquear beim Beginn der Operation. 5. X. 1894. Operationsdauer: 1 Stunde 10 Min.	Dgl.	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum von Kindskopfgrösse.	Eiterung des Drainkanals.	Etwas anämisch entlassen am 31. X. 1894.
16	M. A. D. 50 j.	Sterilitas	Unterleibsschmerzen, Lendenschmerzen, Tumor i. a. etc.	Dgl. ohne Eröffnung des hinteren Laquear beim Beginn der Operation. 12. X. 1894. Operationsdauer: 1 Stunde.	Keine	Fibromyoma uteri multiplex, subserosum, interligamentosum sinistrum über Kindskopfgrösse.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen. am 10. XI. 1895.
17.	A. W. C. 42 j.	3	Menorrhagiae Unterleibschmerzen. Anämie etc.	Dgl. ohne Eröffnung des hinteren Laquear beim Beginn der Operation. Verwachsung. mit Darm u. Omentummaj. Operationsdauer: 1 Stunde 5 Min. 25. X. 1894.	„	Fibromyoma uteri subserosum multiplex, wog $9^1/_2$ Pfund.	Blutung hörte bald auf. Erhöhung der Temperatur am Abend (38,0°—38,3°) während 13 Tagen.	Dgl. am 18. XI. 1894.
18.	M. N. J. 31 j.	1	Unterleibschmerzen, Menorrhagiae weisser Fluss etc.	Dgl. ohne Eröffnung des hinteren Laquear beim Beginn der Operation. 5. XI. 1894. Operationsdauer: 45 Minuten.	abdominal nach Miculicz	Fibromyoma uteri interstiale et submucosum, über Faustgrösse, Salpingo-Oophoritis duplex.	Ohne Störung.	Dgl. am 28. XI. 1894.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
19.	O. C. K. 49 j.	Virgo	Tumor i. a. etc.	Dgl. ohne Eröffnung des hinteren Laquear bei Beginn der Operation. 28. X. 1894.	abdominal nach Miculicz	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum multiplex, Gewicht: 7 1/2 Pfund. Salpingo-Oophoritis duplex, Cystoma ovarii sinistri.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 25. XI. 1894.
20.	P. F. B. 44 j.	2 Mal geboren, 1 Abort	Tumor i. a. Obesitas etc.	Dgl. ohne Eröffnung des hinteren Laquear beim Beginn der Operation. 9. XI. 1894. Operationsdauer: 1 Stunde 40 Min.	Keine	Fibromyoma uteri subserosum, Gewicht: 7 1/2 Pfund.	"	Dgl. am 8. XII. 1894.
21.	M. M. B.	Sterilitas	Unterleibsschmerzen, Lendenschmerzen, Menorrhagiae Tumor i. a. Herzklopfen (Vitium cordis) etc.	Dgl. 8. XII. 1894, mit provisorischer Unterbindung der Lig. lata, ohne Eröffnung des hinteren Laquear bei Beginn der Operation, mit Unterbindung der Arter. uter. nach Ablösung d. vorderen Blattes d. Lig. l. nach der Methode von W. Sneguireff. Operationsdauer: 50 Minuten.	abdominal nach Miculicz	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum fast von Mannskopfgrösse. Salpingo-Oophoritis dextra.	"	Dgl. am 28. XII. 1894.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
22.	W. C. G. 36 j.	2 Geburten, 2 Aborte	Tumor i. a. etc.	Dgl. nach W. Sneguireff am 10. XII. 1894 Operationsdauer: 1 Stunde.	abdominal nach Miculicz	Fibromyoma uteri multiplex subserosum, interstitiale et submucosum, Salpingo-Oophoritis duplex. Gewicht $4^1/_2$ Pf.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 27. XII. 1894.
23.	W. N. G. 44 j.	2	Tumor i. a. weisser Fluss etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 6. XII. 1894. Operationsdauer: 50 Minuten.	Dgl.	Fibromyoma uteri subserosum multiplex, fast von Mannskopfgrösse	"	Dgl. Mitte Januar 1895.
24.	E. M. M. 35 j.	1	Menorrhagiae Metrorrhagiae Tumor i. a. Fluss etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 19. I. 1895. Operationsdauer: 55 Minuten.	Dgl.	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum multiplex, von der Grösse eines Ut. grav. im 3. Monate. Salpingo-Oophoritis duplex purulenta.	"	Dgl. am 17. II. 1895.
25.	J. J. C. 42 j.	5	Metrorrhagiae, weisser Fluss etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 23. I. 1895. Operationsdauer: 57 Minuten.	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum, Gewicht 4 Pfund.	"	Dgl. am 18. II. 1895.
26.	A. M. M. 42 j.	3 Geburten, 3 Aborte	Menorrhagiae, Tumor i. a. etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 25. I. 1895. Operationsdauer: 45 Minuten.	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum multiplex fast von Mannskopfgrösse Oophoritis duplex.	"	Dgl. am 15. II. 1895.
27.	M. J. K. 37 j.	Sterilitas	Amenorrhoea seit 9 Woch. Unterleibs- und Lendenschmerzen etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 28. I. 1895. Operationsdauer; 1 Stunde.	abdominal nach Miculicz	Fibromyoma uteri submucosum, ödematös über Kindskopfgrösse.	"	Dgl. am 25. II. 1895.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
28.	T. F. C. 33 j.	Sterilitas	Menorrhagiae, Unterleibschmerzen etc.	Dgl. nach W. Snegureff. 21. I. 1895. Operationsdauer: 50 Minuten.	Dgl.	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum, fast von Kindskopfgrösse.	Entzündung der Stümpfe der lig. lata verzögerten die Genesung etwas.	Geheilt entlassen am 7. III. 1895.
29.	M. T. 36 j.	Sterilitas	Unterleibsschmerzen, allgemeine Schwäche etc.	Dgl. nach W. Snegureff. 30. II. 1895. Verwachsungen mit dem Peritoneum des kleinen Becken und d. Rectum. Operationsdauer: 1 Stunde.	Dgl.	Fibromyoma uteri subserosum, von Kindskopfgrösse.	Eiterung im unteren Wundwinkel an der Drainagestelle, die Genesung verzögernd.	Dgl. am 6. III. 1895.
30.	M. J. O. 42 j.	2	Unterleibsschmerzen Menorrhagiae allgemeine Schwäche etc.	Dgl. nach W. Snegureff. 4. II. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde.	Dgl.	Fibromyoma uteri interstitiale subserosum multiplex, mit Uterus zusammen über Faustgrösse. Cystoma ovarii sinistri, von Kindskopfgrösse.	Eiterung eines Theiles der Stichkanäle.	Dgl. am 5. III. 1895.
31.	A. A. J. 38 j.	Virgo	Unterleibsschmerzen, Lendenschmerzen, weisser Fluss etc.	Dgl. nach W. Snegureff. 20. II. 1895. Operationsdauer: 55 Minuten.	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale in der hinteren Uteruswand. Der Tumor mit Uterus zusammen etwa so gross wie der Kopf eines 10 jährigen Kindes.	Ohne Störung.	Dgl. am 15. III. 1895.
32.	N. N. K. 35 j.	Sterilitas	Unterleibsschmerzen etc.	Dgl. nach W. Snegureff. 22. II. 1895. Operationsdauer: 45 Minuten.	"	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum, mit Uterus zusammen von Kindskopfgrösse.	"	Dgl. am 17. III. 1895.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
33.	E. J. P. 51 j.	Virgo	Tumor i. a. etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 7. III. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 9 Min.	keine	Fibromyoma uteri multiplex. Gewicht: 7 Pfd.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 12. IV. 1895.
34.	O. N. M. 39 j.	1 Abort, vor 14 Jahren,	Unterleibsschmerzen Metrorrhagiae etc.	Dgl. von W. Sneguireff. Sehr umfangreiche Adhärenzen am Peritoneum des kleinen Beckens. 8. III. 1895. Operationsdaner: 1 Stunde 30 Min.	„	Fibromyoma uteri submucosum interstitiale, von über Faustgrösse, Hydrosalpinx dextra, apfelgross.	„	Dgl. am 4. IV. 1895.
35.	E. M. 48 j.	Virgo	Metrorrhagiae Tumor i. a., Harninkontinenz etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 2. III. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde.	„	Fibromyoma uteri interstitiale multiplex von der Grösse des Kopfes eines 12 jähr. Kindes.	Erhöhte Temperatur, Tympanites. Kein Stuhlgang, Herzlähmung, (Sepsis?) Autopsie nicht gemacht.	Gestorben am Morgen d. 14. III. 1895.
36.	W. J. A. 37 j.	2	Metrorrhagiae Tumor i. a. etc.	Dgl. nach W. Sneguireff. 14. II. 1895. Operationsdauer: 40 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale. Gewicht: 5 1/2 Pfund.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 8. IV. 1895.
37.	A. K. D. 40 j.	1	Lenden und Leistenschmerzen (rechts). Weisser Fluss etc.	Dgl. nach Sneguireff 17. III. 1895. Operationsdauer; 50 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum multiplex, von Kindskopfgrösse, Haematosalpinx duplex, Degeneratio cystica ovariorum.	„	Dgl. am 12. IV. 1895.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
38.	C. J. D. 44 j.	Sterilitas	Tumor i. a., Kreuzschmerzen etc.	Dgl. W. Sneguireff 15. IV. 1895. Operationsdauer: 40 Minuten. Umfangreiche Adhärenzen am Beckenperitoneum.	keine	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum, von Kindskopfgrösse.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 9. V. 1895.
39.	C. A. B. 35 j.	1 Abort	Unterleibsschmerzen. Tumor des Uterus etc.	Dgl. 18. IV. 1895. Operationsdauer: 45 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et subseros. multiplex von Kindskopfgrösse.	„	Dgl. am 9. V. 1895.
40.	A. P. P. 40 j.	5	Unterleibsschmerzen, Harnstörungen etc.	Dgl. 19. IV. 1895. Operationsdauer: 30 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum.	„	Dgl. am 10. V. 1895.
41.	J. N. T. 41 j.	2 Mal geboren u. 1 Mal abortiert.	Harnstörungen, Menorrhagiae, Tumor i. a. etc.	Dgl. 26. IV. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 30 Min.	-	Fibromyoma corp. uteri, von Kindskopfgrösse u. Fibromyoma cervicis von gleicher Grösse. Der ganze Uterus samt den beiden Fibromen hatte Sanduhrform.	Erhöhung der Temperatur am 5. und 6. Tage, bis zu 39,0°—39,6° des Abends.	Dgl. am 16. V. 1895.
42.	T. P. B. 45 j.	6 Geburten u. 1 Abort	Tumor i a., Dysmenorrhoe etc.	Dgl. 27. IV. 1895. Operationsdauer: 36 Minuten.	„	Fibromyoma cervicis uteri subseros. et interstitiale, die ganze Höhle des kleinen Becken ausfüllend. Fibrosarcoma tubae sinistr. von Gänseeigrösse.	Da 24 Stunden nach der Operation noch kein Urin vorhanden war u. man vermuthete, dass die Harnleiter von den durch die Lig. lata tiefer wie gewöhnlich	Dgl. am 18. V. 1895.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
							durchgelegten Ligaturen (Veranlassung hierzu gab die Lage der Geschwulst im Becken) comprimirt sein könnte, wurde die Bauchhöhle wieder eröffnet, einige Ligaturen entfernt, wonach Harnabsonderung einsetzte. Fernere Genesung ohne Störung.	
43.	E. W. B. 38 j.	Sterilitas	Unterleibsschmerzen, Menorrhagiae etc.	Dgl. 28. IV. 1895. Operationsdauer: 30 Minuten:	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum, kindkopfgross.	Erhöhung der T. am 3. Tage nach der Operation, Abends bis 39,5°.	Dgl. am 15. V. 1895.
44.	J. P. G. 40 j.	3	Menorrhagiae, Unterleibs- u. Lendenschmerzen etc.	Dgl. 30. IV. 1895. Operationsdauer: 50 Minuten.	"	Fibromyoma uteri interstitiale, gänseeigross. Cystoma ovarii dextri, faustgross. Degeneratio cystica ovarii sinistr.	Ohne Störung.	Dgl. am 16. V. 1895.
45.	M. J. P. 40 j.	Sterilitas	Menorrhagiae. Unterleibs- und Leistenschmerzen etc.	Dgl. 18. IX. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 5 Min.	"	Fibromyoma uteri interstitiale multiplex, mannskopfgross.	"	Dgl. am 12. X. 1895.
46.	R. J. K. 35 j.	Sterilitas	Tumor i. a. etc.	Dgl. 19. IX. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 20 Min. Verwachsungen.	"	Fibromyoma uteri multiplex, in das linke lig. latum hineingewachsen. mannskopfgross.	Temperatur am Operationstage: 37,1° C, am nächstfolgenden Morgen 37,8, Puls	Gestorben den 22. IX. 1895. Leichenöffnung zeigte: Peritonitis

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
							110, 2 Mal Erbrechen, Abends 37,6°, Puls 120 kein Erbrechen. 21. IX. Puls 150, Morgens 38,5, Puls 140, Abends Tympanites, Aufstossen 22. IX. Morgens 38,7, Puls schwach, unzählbar, kein Erbrechen. Tympanites. Tod am 22. IX. 11 Uhr Vorm.	incipiens; in der Ileo coecal-Gegend, gelber, dicker Eiter. Der rechte Harnleiter ausgedehnt, Durchmesser = 1 cm; rechtsseitige Hydronephrose, rechter Harnleiter durch Ligaturen der Bauchfellnahtlinie comprimirt.
47.	E. N. A. 41 j.	Sterilitas	Lendenschmerzen, Menorrhagiae etc.	Dgl. 20. IX. 1895. Operationsdauer: 50 Minuten.	Keine	Fibromyoma uteri multiplex, Mannskopfgross.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 12. X. 1895.
48.	C. M. E. 45 j.	2	Metrorrhagiae etc.	Dgl. 28. IX. 1895. Operationsdauer: 48 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum, Mannskopfgross.	„	Schwach u. anämisch entlassen d. 26. X. 1895.
49.	A. E. G. 44 j.	Sterilitas	Tumor i. a., Schmerzen im Unterleibe u. in d. Leisten. etc.	Dgl. 3. X. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde.	„	Fibromyoma uteri interstitiale, von Grösse eines im 5. Monat schwangeren Uterus.	Bis zum 14. X. fühlte sich die Kranke gut u. Alles verlief normal. Den 14. X. Morgens plötzlicher Tod unter Herzschwäche und Dyspnoe.	Gestorben am 14. X. 1895. Autopsie: Thromben in der Lungenarterie u. ihren Zweigen mit einer Menge Verästelungen, ex Embolia arter. pulm. Lungen eingefallen. Herz contrahirt, gesund. Im plex. pampinif., alte Thromben.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
50.	A. H. A. 35 j.	1	Menorrhagiae, Unterleibs- u. Lenden-schmerzen etc.	Dgl. 7. X. 1895. Operationsdauer: 50 Minuten.	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum. Kindkopfgross.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 2. XI. 1895.
51.	Z. J. G. 33 j.	Sterilitas	Unterleibs-schmerzen, Tumor i. a., etc.	Dgl. 8. X. 1895. Operationsdauer: 40 Minuten. Adhärenz.	„	Fibromyoma uteri interstitiale. Doppelfaustgross.	„	Dgl. am 31. X. 1895.
52.	F. A. P. 35 j.	Virgo	Unterleibs-schmerzen, Blutungen, Weisser Fluss etc.	Dgl. 11. X. 1895. Operationsdauer: 58 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum. Doppelfaustgrösse.	„	Dgl. am 14. XI. 1895.
53.	E. J. G. 43 j.	1	Tumor i. a. u. Schmerzen etc.	Dgl. 11. X. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 37 Min. Ein sehr schwerer Fall	„	Fibromyoma uteri interligamentosum dextrum, Grösse eines 8 monatlichen schwangeren Uterus mit kolossal entwickelten Gefässen.	„	Dgl. am 14. XI. 1895.
54.	W. W. L. 35 j.	1	Menorrhagiae Unterleibs-schmerzen in das rechte Bein ausstrahlend etc.	Dgl. 12. X. 1895. Operationsdauer: 40 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstiale et submucosum, Doppelfaustgrösse.	„	Dgl. 2. XI. 1895.
55.	M. M. C. 32 j.	5	Menorrhagiae, Unterleibs-schmerzen etc.	Dgl. 14. X. 1895. Operationsdauer: 55 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale, über Faustgrösse.	Exsudat im linken lig. lat. und Anschwellung des linken Beines.	Entlassen am 1. XII. 1895 mit noch etwas geschwollenem linken Beine.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
56.	A. P. R. 45 j.	2	Tumor i. a. u. Schmerzen etc.	Dgl. 27. X. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde.	Keine	Fibromyoma uteri multiplex über Faustgrösse.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 16. XI. 1895.
57.	E. P. G. 41 j.	3		Dgl. 30. X. 1895. Operationsdauer: 50 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et subserosum, faustgross. Hydrosalpinx, Salpingo-Oophoritis duplex.	„	Dgl. am 22. XI. 1895.
58.	M. M. K. 39 j.	Sterilitas	Tumor des Uterus, Schmerzen, Menorrhagiae. Tuberculosis pulmonum. Vitium cordis etc.	Dgl. 2. XI. 1895. Operationsdauer: 52 Minuten.	„	Fibromyoma uteri multiplex. Doppelfaustgrösse.	„	Dgl. am 25. XI. 1895.
59.	M. J. C. 40 j.	Sterilitas	Unterleibs- u. Lendenschmerzen, Tumor i. a. etc.	Dgl. 4. XI. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 15 Min.	„	Fibromyoma uteri interligamentosum dextrum, Doppelfaustgrösse.	Geringes Exsudat links u. Schmerzen im linken Beine.	Dgl. am 22. XII. 1895.
60.	A. J. C. 41 j.	Sterilitas	Tumor i. a. u. Schmerzen etc.	Dgl. 7. XI. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 25 Min. Tumor nicht vollständig entfernt, Eierstöcke eingewachsen, nicht abgetragen. Darmadhäsionen.	„	Fibrosarcoma uteri multiplex, Grösse eines 8 monatlichen schwangeren Uterus.	Schwacher ungleich. Puls, bis zum 5. Tage u. Entfernung d. Nähte am 9. Tage, theilweises Aufgehen d. Bauchwunde. Tod am 35. Tag. 38—39,1, bis zum Tode anhaltend. Infil-	Gestorben am 19. XII. 1895. Autopsie: Jauchige Abscesse d. Beckenzellgewebes bis zur rechten Leistengegend hinauf.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
							tration der rechten Leistengegend. Eitriger Ausfluss aus der Scheide.	
61.	A. L. B. 45 j.	1	Unterleibs-, Lenden-schmerzen u. weisser Fluss etc.	Dgl. 22. XI. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 20 Min.	Keine	Fibrosarcoma uteri, mannskopfgross.	Ohne Störung.	Geheilt entlassen am 28. XII. 1895.
62.	P. J. A. 42 j.	7	Unterleibs-, Leisten-schmerzen u. Harnverhaltung etc.	Dgl. 25. XI. 1895. Adhäsionen mit dem Beckenperitoneum. Operationsdauer: 55 Minuten.	„	Fibromyoma uteri multiplex, fast mannskopfgross.	„	Dgl. am 22. XII. 1895.
63.	A. N. 36 j.	1	Tumor i. a., Schmerzen im Unterleibe etc.	Darmadhäsionen mit dem Beckenperitoneum 21. I. 1896. Operationsdauer: 1 Stunde 20 Min.	„	Fibrosarcoma uteri. Gewicht: 23 Pfund.	Erhöhung der Temperatur am 7. Tage nach der Operation bis zu 39,4, mit Schwankungen 3 Tage anhaltend.	Dgl. am 2. III. 1896.
64.	A. F. G. 49 j.	4	Unterleibs- u. Lenden-schmerzen, allgemeine Schwäche, Schwindel, weisser Fluss etc.	Dgl. 8. XII. 1895. Operationsdauer: 55 Minuten.	„	Fibromyoma uteri subserosum multiplex von Grösse d. Kopfes einer 10 jährigen Kindes. Salpingo-Oophoritis duplex.	Ohne Störung.	Dgl. am 3. I. 1896.
65.	M. P. K. 53 j.	1	Metrorrhagiae Weisser Fluss etc.	Dgl. 11. XII. 1895. Operationsdauer: 1 Stunde 3 Min.	„	Fibromyoma uteri interstitiale, mannsfaustgross.	„	Dgl. am 8. I. 1896.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
66.	E. W. M. 32 j.	1	Metrorrhagiae Unterleibsschmerzen etc.	Dgl. nebst provisorischer Unterbindung der art. uterina nach der Methode von Altuchoff-Sneguireff (Vgl. Monatsschr. III, 6) am 19. I. 1896. Operationsdauer: 1 Stunde.	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale et sub mucosum, mit d. Uterus zusammen etwa von Kindskopfgrösse.	Ohne Störung.	Dgl. am 17. II. 1896.
67.	N. N. U. 43 j.	1	Unterleibsschmerzen, Menorrhagiae, weisser Fluss etc.	Dgl. 7. II. 1896. Mit provisorischer Unterbindung der art. uterinae nach Altuchoff-Sneguireff. Operationsdauer: 1 Stunde 12 Min.	„	Fibromyoma uteri interstitiale, mit Uterus zusammen von Faustgrösse; Kystoma ovarii dextri von kolossalem Umfang.	„	Dgl. am 3. III. 1896.
68.	A. W. Z. 41 j.	6 Geburten, 2 Aborte	Metrorrhagiae Unterleibs- u. Lendenschmerzen etc.	Dgl. 30. I. 1896. Mit provisorischer Unterbindung der art. uteri. nach Altuchoff-Sneguireff. Adhäsionen mit Omentum u. Därmen. Operationsdauer: 1 Stunde 18 Min.	„	Fibromyoma uteri interstitiale, fast faustgross, Degeneratio cystica ovariorum.	„	Dgl. am 2. III. 1896.
69.	E. F. Z. 33 j.	Sterilitas	Tumor i. a., weisser Fluss etc.	Dgl. 17. II. 1896. Operationsdauer: 33 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale, mannskopfgross.	„	Dgl. am 10. III. 1896.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
70.	A. J. M. 48 j.	6	Tumor i. a., Menorrhagiae etc.	Dgl. 27. II. 1896. Operationsdauer: 50 Minuten.	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale, submucosum interligamentosum dextrum, kindskopfgross.	Ohne Störung.	Dgl. am 20. III. 1896.
71.	A. F. K. 42 j.	9	Tumor i. a., Menorrhagiae, weisser Fluss, Unterleibsschmerzen etc.	Dgl. 3. III. 1896. Nebst provisorischer Unterbindung der art. uter. nach Altuchoff-Sneguireff. Operationsdauer: 52 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum mit dem Uterus zusammen von Kindskopfgrösse. Cyst. dermoïdes ovarii sinistr., apfelgross.	„	Dgl. am 27. III. 1896.
72.	M. C. L. 40 j.	8 Geburten 1 Abort	Tumor i. a. Schmerzen in der linken Leiste, allgemeine Abmagerung etc.	11. IV. 1896. Fibrosarcoma Hysterectomie nach Doyen-Sneguireff. Umfangreiche Verwachsungen des oberen Teiles der Geschwulst mit Därmen u. Netz, so dass beim Herausholen der Geschwulst aus der Bauchhöhle, die Därme an 3 Stellen, worunter das col. transversum einrissen. Daher wurde die Geschwulst nebst Cervix zuerst von unten frei gemacht	„	Fibrosarcoma uteri weit über Mannskopfgrösse.	Temperaturerhöhung vom 4. bis 8. Tage von 37,9—39,4.	Dgl. am 8. V. 1896,

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
				und zuerst das vordere Scheidengewölbe eröffnet. Dann wurde der Tumor nach aussen hervorgewälzt und nun erst wurden die Därme von ihm abgelöst u. vernäht. Operationsdauer: 2 Stunden.				
73.	A. J. J. 50 j.	Sterilitas	Metrorrhagiae weisser Fluss etc.	Dgl. 12. IV. 1896. Operationsdauer: 55 Minuten.	Keine	Fibromyoma uteri interstitiale, doppelt so gross wie ein Kindskopf.	Ohne Störung.	Dgl. am 5. V. 1896.
74.	A. K. N. 43 j.	Virgo	Unterleibs- u. Lendenschmerzen, Metrorrhagiae etc.	Dgl. 15. IV. 1896. Operationsdauer: 50 Minuten.	„	Fibromyoma uteri interstitiale submucosum, faustgross. Blutcysten d. Ovarien.	„	Dgl. am 7. V. 1896.
75.	E. C. K. 36 j.	Sterilitas	Schmerzen im Unterleib u. in der linken Leiste; Menorrhagiae, allgemeine Schwäche etc.	Dgl. 8. V. 1896. Operationsdauer: 1 Stunde.	„	Fibromyoma uteri interstitiale et submucosum multiplex von der Grösse d. Kopfes eines 10 jährigen Kindes.	„	Dgl. am 31. V. 1896.
76.	W. A. G. 40 j.	1 vor 11 Jahren	Menorrhagiae, Tumor i. a., Unterleibsschmerzen etc.	Dgl. 16. IV. 1896. Operationsdauer: 45 Minuten.	„	Tumor von Doppelfaustgrösse.	„	Dgl. am 6. VII. 1896.

No.	Name u. Alter der Operirten.	Geburten	Symptome	Operation	Drainage	Beschaffenheit der entfernten Geschwulst	Verlauf	Ausgang.
77.	A. P. G. 46 j.	Virgo	Tumor i. a. u. Unterleibschmerzen etc.	Dgl. 21. VI. 1896. Operationsdauer: 52 Minuten.	Keine	Abgetragenes Fibrom über Doppelfaustgrösse.	Ohne Störung.	Dgl. am 22. VII. 1896.
78.	O. J. P. 45 j.	1 vor 27 Jahren	Tumor i. a., Unterleibschmerzen etc.	Dgl. 28. VI. 1896. Operationsdauer: 50 Minuten.	„	Fibrom von Kindskopfgrösse.	„	Dgl. am 25. VII. 1896.
79.	E. M. D. 49 j.	1 vor 30 Jahren	Tumor i. a., Schmerzen etc.	Dgl. 18. VII. 1896. Operationsdauer: 43 Minuten.	„	Fibrom von Doppelfaustgrösse, Darmverwachsungen.	„	Dgl. am 15. VIII. 1896.
80.	P. D. L. 50 j.	3, letzte vor 25 Jahren	Menorrhagiae, Tumor i. a. Schmerzen etc.	Dgl. 19. VII. 1896. Operationsdauer: 55 Minuten.	„	Fibrom von Kindkopfgrösse, Darmverwachsungen.	„	Dgl. am 25. VIII. 1896.
81.	J. D. K. 43 j.	Virgo	Tumor i. a., Schmerzen, Menorrhagiae etc.	Dgl. 25. VII. 1896. Operationsdauer:	„	Fibrom von Doppelfaustgrösse.	„	Dgl. am 24. VIII. 1896.
82.	M. N. 39 j.	Sterilitas	Tumor i. a. u. Metrorrhagiae etc.	Dgl. 8. VIII. 1896.	„	Fibrom von Doppelfaustgrösse.	Die ersten 9 Tage Erhöhung der Temperatur bis 39,6 (Pneumonie).	Dgl. am 10. IX. 1896.
83.	F. G. 38 j.	7	Tumor i. a. unregelmässige Menses etc.	Dgl. 9. VIII. 1896.	„	Fibrom von Gänseeigrösse.	Ohne Störung.	Dgl. am 4. IX. 1896.

Zusammen 83 Fälle mit 4 Todesfällen.
Mortalität: 4,8 %.

II. Ueber die Zangenentbindungen an der Tübinger Universitätsfrauenklinik (Prof. v. Saexinger) in den Jahren 1882—1896.

Von

Dr. EUGEN WINTERNITZ

in Tübingen.

(II. Teil. Schluss.)

Die Zahl der klinischen Geburten vom Jahre 1882 — 1896, also in 14 Jahren, betrug 4280. Von diesen wurde bei 157 Geburten

158 mal = 3,6 pCt.

die Zange angelegt.

Wie wir bei der Zusammenstellung der Indikationen zur Anlegung der Zange pag. 551 sehen werden, wurden 19 sogenannte Schulzangen angelegt. Zieht man diese von den 158 Zangen ab, so bleiben

139 = 3,2 pCt.

Zangengeburten.

Hohe Zangen wurden 6 mal = 3,7 pCt. ausgeführt. Diese sollen später näher besprochen werden (s. pag.).

Nach der Zusammenstellung Hauff's (19) in den Mitteilungen aus der Saesinger'schen Klinik wurde unter 2107 Geburten in den Jahren 1869—1882 bei 137 Geburten 138 mal = 6,55 pCt. die Zange angelegt. Diesen hohen Prozentsatz rechtfertigt H. damit, dass er sagt: „Die etwas hohe Frequenz der Zangenoperationen ist zum Teil bedingt durch die unter der letzten Rubrik als Schulzangen angeführten Zangenoperationen, denen nicht immer eine dringende Indikation zu Grunde lag."

An den nachfolgenden Kopf wurde die Zange nie angelegt. Die Zahl der im letzterwähnten Zeitraume ausgeführten Schulzangen betrug 24.

Fassen wir die von Hauff gefundenen Resultate und die unsrigen, teils mit, teils ohne Berücksichtigung der Schulzangen, zusammen, so haben wir einen Zeitraum von 27 Jahren (1869 — 1896) mit 6387 Geburten.

Von 1869—1882 wurde bei 2107 Geburten 138 mal = 6,5 pCt. die Zange angelegt.

Von 1882—1896 wurde bei 4280 Geburten 158 mal = 3,6 pCt. die Zange angelegt.

Von 1869—1896 wurde bei 6387 Geburten 296 mal = 4,6 pCt. die Zange angelegt.

Zieht man die Schulzangen ab, so ergiebt sich folgendes Verhältnis:

Von 1869—1882 unter 2107 Geburten 138 Zangen — 24 Schulzangen = 114 Zangen = 5,4 pCt.

Von 1882—1896 unter 4280 Geburten 158 Zangen — 19 Schulzangen = 139 Zangen = 3,2 pCt.

Von 1869—1896 unter 6387 Geburten 296 Zangen — 43 Schulzangen = 253 Zangen = 3,9 pCt.

Aus diesen Tabellen ergiebt sich, dass der Prozentsatz der Zangengeburten des Zeitraumes 1882—1896 auch bei Mitrechnung der Schulzangen (3,6 pCt.) kein zu grosser ist und dem allgemein angenommenen Prozentverhältniss von 3 pCt. sich nähert. Auf die einzelnen Jahrgänge verteilen sich die Zangenoperationen folgendermassen:

Jahrgang.	Geburtenzahl.	Zangen.	pCt.
1882	244	16	6,55
1883	230	23	10,00
1884	272	14	5,14
1885	279	17	6,09
1886	263	16	6,08
1887	275	15	5,45
1888	277	9	3,24
1889	300	8	2,66
1890	284	4	1,40
1891	297	8	2,69
1892	360	2	0,55
1893	402	11	2,73
1894	388	11	2,83
1895	409	4	0,97
14 Jahre	4280	158	3,67

Zum Vergleiche führe ich die Resultate bezüglich der Zahl der Zangengeburten aus anderen Kliniken und Entbindungsanstalten an:

Osiander	(1792—1822)	=	40,0 pCt.
Boër	(1801—1822)	=	0,37 pCt.
Hecker	(1859—1879)	=	2,6 pCt.
Braun, Wien		=	4,3 pCt.
G. Braun, Wien	(1894)	=	3,36 pCt.
Kézmárszky	(1874—1882)	=	1,4 pCt.
v. Winckel, Dresden	(1879—1883)	=	3,0 pCt.
v. Winckel, München	(1884—1890)	=	2,6 pCt.
Abegg, Danzig	(1872—1885)	=	2,2 pCt.
Gusserow, Berlin	(1882—1886)	=	2,66 pCt.
Leopold,	(1883—1888)	=	2,8 pCt.
Leopold,	(1889—1894)	=	2,56 pCt.
Olshausen, Berlin		=	4,96 pCt.
Schauta, Innsbruck	(1881—1887)	=	9,16 pCt.
Schauta, Wien	(1892—1894)	=	2,3 pCt.
Kehrer, Heidelberg		=	4,6 pCt.
Schultze, Jena	(1864—1888)	=	11,6 pCt.

Ahlfeld	(1881—1888)	=	3,5 pCt.
Ahlfeld, Marburg		=	2,8 pCt.
Stuttgarter Gebäranstalt	(1872—1885)	=	3,7 pCt.
Bonner Klinik	(1885—1895)	=	4,3 pCt.
Fehling, Basel	(1887—1893)	=	5,33 pCt.
v. Rosthorn	(1891—1894)	=	3,63 pCt.
Petersburg. Entbindungsanst.	(1886—1892)	=	3,02 pCt.
Andere russische Anstalten	zwischen		1,6—10,5 pCt.
v. Saexinger	(1869—1881)	=	6,5 pCt.
v. Saexinger	(1882—1896)	=	3,6 pCt.
Kaltenbach, Halle	(1887—1893)	=	4,84 pCt.

Aus dieser Zusammenstellung sehen wir, dass besonders in neuerer Zeit in den Kliniken der Gebrauch der Zange zurückgegangen ist.

Interessant ist auch der Vergleich der beiden ersten Zahlen:

Osiander mit 40,0 pCt. und
Boër mit nur 0,37 pCt.

Verhältniss zwischen Erst- und Mehrgebärenden.

Unter den 157 mit der Zange Entbundenen waren:

85 Erstgebärende = 54,2 pCt.
72 Mehrgebärende = 45,8 pCt.
157

Unter den von Hauff zusammengestellten Zangenentbindungen waren:

68 Erstgebärende . = 49,6 pCt.
69 Mehrgebärende = 50,4 pCt.
137.

Die statistischen Angaben über das Verhältnis zwischen Erst- und Mehrgebärenden lauten folgendermassen:

	Erstgebärende	Mehrgebärende
Hecker	74,0 pCt.	26,0 pCt.
v. Winckel	74,0 „	26,0 „
Schauta	85,0 „	15,0 „
Leopold {Münchmeyer	71,9 „	28,1 „
Leopold {Wahl . . .	72,4 „	27,5 „
Fehling	83,3 „	15,7 „
Bonner Klinik . . .	79,5 „	20,4 „
v. Rosthorn	71,7 „	28,3 „
v. Säxinger	49,6 „	50,4 „
„ „	54,2 „	45,8 „

Vergleichen wir die einzelnen Zahlen dieser Tabelle miteinander, so muss der Unterschied zwischen Erstgebärenden und Mehrgebärenden unserer Zusammenstellung mit dem Resultate anderer Kliniken auffallen; ja in der Hauff'schen Zusammenstellung haben wir sogar mehr Multiparen als Primiparen, weshalb er auch sagt „somit ist bei dieser Operation (Zange) die Erst- und

Mehrgeburt in keiner Weise bevorzugt.“ Wenn auch in unserer Zusammenstellung das Verhältnis zwischen Erst- und Mehrgebärenden sich anders gestaltet hat, so ist doch die Differenz zwischen unseren und den übrigen Zahlen noch eine bedeutende, so hat z. B. Schauta bei 85 pCt. Erstgebärenden nur 15 pCt. Mehrgebärende, Säxinger dagegen 54,2 pCt. Erstgebärende und 45,8 pCt. Mehrgebärende. Bei den Erstgebärenden beträgt der Unterschied nahezu 31 pCt. Gewiss ein enormer Unterschied, der beim Vergleich der Zahlen auffallen muss.

Das geringe Uebergewicht der mit der Zange entbundenen Erstgebärenden im Verhältnis zu den Mehrgebärenden und die geringe Zahl der Erstgebärenden im Vergleich zu den übrigen Angaben hängt mit den Anschauungen des Leiters der Klinik, (Prof. v. Saexinger) zusammen, der ein eifriger Vertreter der conservativen Schule in der Geburtshilfe ist, welche Richtung erfahrungsgemäss für den practischen Arzt, ganz besonders aber für den Anfänger, dem noch keine eigenen Erfahrungen zu Gebote stehen, nur von dem allergrössten Nutzen sein kann.

Wir fürchten ganz besonders die Zerreissungen und Quetschungen der Weichteile bei Zangenoperationen Erstgebärender, die zwar in den meisten Fällen, wenigstens in Kliniken, unter antiseptischer Behandlung per primam heilen, aber warum soll man einer Frau, wenn es irgend möglich ist, derartige Verletzungen nicht ersparen; denn ein Dammriss lässt sich bei der Zangenentbindung einer Erstgebärenden, wie schon Wigand sagt, auch von der geübtesten und geschicktesten Hand nicht immer verhüten. Weitere Anschauungen über den Gebrauch der Zange besonders bei Erstgebärenden habe ich im Anfang dieser Arbeit schon ententwickelt.

Das

Alter

der 157 mit der Zange Entbundenen verteilt sich folgendermassen:

Alter	Erstgebärende	Mehrgebärende	Summe
zwischen 15—20	8	1	9
„ 20—25	46	15	61
„ 25—30	20	23	43
„ 30—35	5	12	17
„ 35—40	3	15	18
„ 40—45	3	5	8
„ 46	—	1	1
	85 +	72	= 157

Die grösste Zahl der Erstgebärenden fällt aus naheliegenden Gründen zwischen das 20. und 30. Jahr. Dieses Resultat stimmt mit den Veröffentlichungen aus anderen Kliniken überein.

Die

Indicationen

bei den 158 Zangenentbindungen gingen aus:

Von der Mutter . . 67 mal = 42,4 pCt.
Vom Kinde . . . . 56 mal = 35,4 pCt.
Von Beiden . . . . 16 mal = 10,1 pCt.
Hierzu kommen Schulzangen 19 mal = 12,0 pCt.
158 mal.

1) Die Indicationen von Seiten der Mutter waren folgende:

Wehenschwäche . . .	= 36
Erschöpfung	= 13
Langes Kreissen . . .	= 2
Eklampsie	= 2
Struma	= 5
Lungenaffection m. Dyspnoe	= 3
Fieber (40,5)	= 1
Ovariotomierte	= 1
(1 Tag nach der Operation)	
Uterus bicornis . . .	= 1
Uterus arcuatus . . .	= 1
Herzfehler	= 1
Schmerzhaftes Kreissen bei einer geheilt. Beckenfractur	= 1
	67

2) Die Indicationen von Seiten des Kindes waren:

Lebensgefahr . . .	= 41
Nabelschnurvorfall .	= 7
Tiefer Querstand . .	= 8
	56

3) Die von Mutter und Kind ausgehenden Indicationen waren:

Wehenschwäche und Lebensgefahr .	= 14
Frühzeitige Placentarlösung . . .	= 1
Blutung und Lebensgefahr	= 1
	16

Ehe ich auf einzelne Indicationen von Seiten der Mutter näher eingehe, möchte ich zum Vergleich wieder einige Resultate aus anderen Zusammenstellungen hier anführen:

	Von Seiten der Mutter	Von Seiten des Kindes	Von Seiten Beider
Leopold (Münchmeyer) .	28,0 pCt.	57,28 pCt.	29,9 pCt.
Fehling (Schmid)	63,3 „	18,5 „	17,2 „
Bonner Klinik	39,2 „	25,4 „	35,3 „
v. Rosthorn	41,5 „	52,83 „	6,6 „
Petersb. Entbind.-Anst. . . .	60,3 „	8,6 „	31,1 „
Kaltenbach	41,17 „	37,25 „	18,64 „
v. Saexinger	42,4 „	35,4 „	10,1 „

Betrachten wir die einzelnen Indicationen etwas näher, so sehen wir, dass von Seiten der Mutter die Wehenschwäche am häufigsten Veranlassung zur Anlegung der Zange gegeben hat und zwar unter

158 Zangen 36 mal.

Auch bei den anderen Zusammenstellungen begegnen wir der Wehenschwäche als einer häufigen Indication zur Anlegung der Zange:

Hecker	unter	446	Zangen	113	wegen	Wehenschwäche
Kehrer	„	100	„	24	„	„
G. Braun	„	104	„	44	„	„
Leopold Münchmeyer	„	206	„	64	„	„
Leopold Wahl . .	„	232	„	33	„	„
Kaltenbach . . .	„	102	„	11	„	„
Fehling (Basel) . .	„	156	„	70	„	„
v. Rosthorn . . .	„	106	„	10	„	„
v. Saexinger . . .	„	158	„	36	„	„

Aus dieser Statistik geht ohne Weiteres hervor, dass die Wehenschwäche als eine Indication für die Zangenanlegung angesehen werden muss.

„Streng genommen", sagt Runge (31), ist Wehenschwäche keine Indication zur Anlegung der Zange und zwar mit Recht, denn durch die Wehenschwäche allein entsteht gewöhnlich keine Gefahr für Mutter und Kind, und die Zange ist nur angezeigt, wenn eine solche eintritt oder eingetreten ist. Trotzdem sind wir aber gezwungen, wie die Statistik zeigt, wegen Wehenschwäche die Zange anlegen zu müssen, weil die Geburt lange Zeit stillsteht und trotz Anwendung verschiedener Mittel nicht vorwärts gehen will.

Wir können die Wehenschwäche unter den Indicationen zur Anlegung der Zange dann ganz beruhigt aufnehmen, wenn wir gleichzeitig hervorheben und nachdrücklich betonen, dass die einzelnen Fälle, in denen es sich um Wehenschwäche handelt, individualisiert werden müssen, dass man in jedem Falle den Grund der Wehenschwäche erwägt und nach der Ursache derselben sucht, und dass man nicht ohne weitere Ueberlegung in jedem Falle wegen Wehenschwäche die Zange anlegen zu müssen glaubt. Ich stimme daher voll und ganz dem bei, was Schick (53) sagt: „Wenn irgendwo, so ist es hier geboten, nicht schematisch vorzugehen, sondern zu individualisieren."

Hierbei möchte ich aber nicht unerwähnt lassen, dass vielfach, besonders in der Praxis, wegen „Wehenschwäche" die Geburt mit der Zange beendigt wird, bei der die Zange besser weggelassen worden wäre und die bei einiger Geduld spontan verlaufen wäre. Dass mit Geduld und Zuwarten viel erreicht werden kann und dass hierdurch viele Zangen vermieden werden können, ist sicher und sollte immer mehr und mehr beherzigt werden.

Die Wehenschwäche kann die verschiedensten Ursachen haben, können wir diese beseitigen, so muss dies natürlich geschehen, ehe wir an einen operativen Eingriff denken. Am besten lassen sich unsere Anschauungen an einigen Beispielen klar machen:

Haben wir z. B. eine Mehrgebärende mit weiten dehnbaren Genitalien, mit abgeflossenem Fruchtwasser, normalem Becken, verstrichenem Muttermund und einem im Beckenausgang stehenden normal grossen Kopfe und es tritt bei dieser Wehenschwäche ein,

so dass die Geburt nach mehreren Stunden nicht fortschreitet, so ist man gewiss, auch als Anhänger der konservativen Schule, sowohl in der Praxis, als auch in der Klinik berechtigt, die Zange anzulegen. — Ganz anders steht die Sache, wenn es sich unter denselben Voraussetzungen um eine Erstgebärende handelt. In einem solchen Falle müssen wegen der Gefahr der Verletzungen der Weichteile alle zu Gebote stehenden Mittel in Anwendung gebracht werden, um die Wehenthätigkeit in Gang zu bringen und dadurch eine Zange bei einer Erstgebärenden zu umgehen. — Ganz dasselbe gilt von einem Falle, in welchem bei einer Mehrgebärenden der Kopf noch hoch steht, wenn auch die Bedingungen zur Anlegung der Zange erfüllt wären. Ebensowenig würden wir zur Zange greifen, wenn die Wehenschwäche bedingt wäre durch langes Kreissen, bei engem Becken und noch nicht konfiguriertem Kopf.

Das sind einige wenige der vielen Beispiele. Kein Fall gleicht dem anderen, jeder muss für sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Verhältnisse individualisierend erwogen werden. Kurz, wir werden nur dann die Zange bei Wehenschwäche Mehrgebärender anlegen, wenn nach entsprechend langem Zuwarten bei Erfüllung aller Bedingungen die Ausführung der Operation weder für die Mutter noch für das Kind irgend welchen Schaden bringt; wäre dies nicht vorauszusehen, so müsste der Versuch gemacht werden, die Wehenschwäche durch die bekannten gebräuchlichen Mittel zu beseitigen.

Aus den Indicationen von seiten der Mutter möchte ich noch einige hervorheben. — Auffallend mag es im Vergleich mit den anderen Statistiken erscheinen, dass nur zweimal wegen Eklampsie die Zange angelegt werden musste. Das Auftreten der Eklampsie ist hier überhaupt verhältnismässig selten. In 27 Jahren wurden unter 6387 klinischen Geburten nur 6 Fälle von Eklampsie beobachtet (d. i. 1 Eklampsie auf 1064,5 Geburten = 0,09 pCt.), während an der Universitätsfrauenklinik in Berlin nach Bockelmann*) auf 6252 Geburten und Wochenbetten 127 Eklampsiefälle kommen (d. i. 1 Eklampsie auf 49 Geburten = 2,04 pCt). In der Landeshebammenschule in Stuttgart kamen nach Schmitt (36) von 1887—1890 auf 2027 Geburten 5 Fälle von Eklampsie (d. i. 1 Eklampsie auf 405 Geburten = 0,2 pCt.).

Da sich das geburtshilfliche Material Württembergs auf die beiden Anstalten — Landeshebammenschule in Stuttgart und Universitätsfrauenklinik in Tübingen — verteilt und in diesen beiden nur verhältnismässig wenige Fälle von Eklampsie beobachtet werden (Stuttgart 1 Eklampsie auf 405 Geburten, Tübingen 1 auf 1064,5, Berlin 1 auf 49), so hat Bockelmann Recht, wenn er für Württemberg eine relative Immunität gegen Eklampsie annimmt.

Im Anschluss hieran mögen aus anderen Zusammenstellungen die Zahlen der Zangen angeführt werden, welche wegen Eklampsie gemacht worden sind.

---

*) Zeitschr. für Geburtshilfe und Gynaekologie, Band XII pag. 143.

Hecker	unter	446	Zangen	13	wegen	Eklampsie
Hofmann . . .	„	125	„	3	„	„
v. Winckel . .	„	108	„	13	„	„
Fehling . . .	„	156	„	4	„	„
Bonner Klinik . .	„	151	„	14	„	„
Christel (Berlin).	„	158	„	43	„	„
v. Rosthorn . .	„	106	„	5	„	„
Münchmeyer .	„	206	„	13	„	„
Wahl	„	232	„	13	„	„
G. Braun . . .	„	104	„	4	„	„
v, Saexinger . .	„	158	„	2	„	„
Kaltenbach . .	„	102	„	12	„	„

Von den Indicationen von seiten der Mutter möge noch der Fall erwähnt werden, in welchem wegen Uterus bicornis non septus die Zange angelegt werden musste. Dieser Fall gewinnt deshalb an Interesse, weil derselbe schon im 3. Monat der Schwangerschaft zur Untersuchung kam und weil zur Vervollständigung der Diagnose nach der Geburt des Kindes die beiden Uterushälften ausgetastet wurden. — Ich gebe einen kurzen Auszug aus den Journalen und füge einige Zeichnungen bei.

Frau M. M., 28 Jahre alt, Primigravida. Letzte Periode 25. März 1894. Geburt am 23. Dezbr. 1894. Kind lebend (Knabe) 2800 g schwer.

Befund im 3. Monat der Schwangerschaft:

Die aufgelockerte Portio geht in einen ca. faustgrossen, hornartig nach links sich ausbuchtenden kugeligen, elastischen, weichen und leicht druckempfindlichen Tumor über, dessen oberer Rand ca. 3 Querfinger über der Symphyse steht und ebensoweit von der linken spina ant. superior entfernt ist. Rechts neben dem Tumor glaubt man den anteflektierten härter sich anfühlenden Uterus heraustasten zu können, jedoch geht die linke Flanke des vermeintlichen Uterus direkt in den Tumor über, der sich gegen die Uterusflanke zu verjüngt (s. Fig. 7).

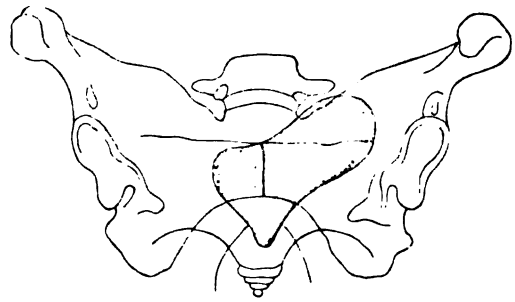


Fig. 7.

Geburtsverlauf: II. Hinterhauptslage.

Während der Wehen werden zwei Hörner sehr deutlich sichtbar. Das linke Horn stellt eine über faustgrosse prallgespannte Kugel dar, die mit einem ca. handbreiten, deutlich fühlbaren Stiel in das rechte Uterushorn übergeht; beide Hörner sind durch eine sattel-

förmige Vertiefung getrennt. Im rechten Horn liegt das Kind in II. Hinterhauptslage, im linken Horn sind kleine Kindsteile zu fühlen (s. Fig. 8). Zange im Beckenausgang.

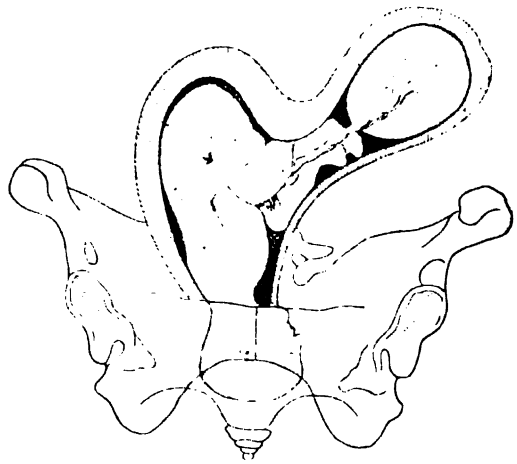


Fig. 8.

Nach der Geburt des Kindes verschwindet das rechte Horn, während das linke zwar tiefer rückt, aber doch bestehen bleibt. Eine direkt nach der Geburt vorgenommene innere Untersuchung, die man in diesem Fall sich ausnahmsweise gestatten durfte, findet man das rechte Horn leer und im linken die Placenta sitzend. — Nach der Expressio placentae ergiebt eine weitere Untersuchung, dass die Muskulatur des rechten Horns dünn ist und der Fundus von aussen sich invertieren lässt, während das linke Horn, besonders dessen seitliche Wand, sehr muskulös ist. Der Eingang in das linke Horn ist eben nur für einen Finger offen. Ein Septum ist nicht nachweisbar (s. Fig. 9).

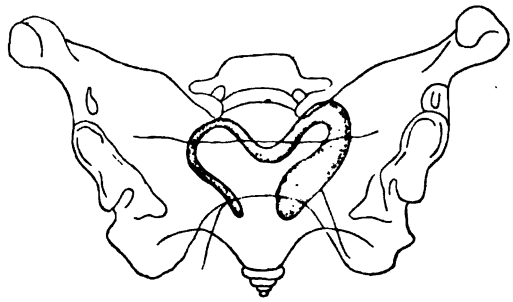


Fig. 9.

Schulzangen.

Unter den 158 Zangen waren 19=12 pCt. sogenannte Schulzangen. — Ueber den Nutzen und die Berechtigung der Schulzangen, die ad ostendendam encheiresin (Roederer), exercitii causa (Wahl), als Studienoperationen (Ploss) gemacht werden, sind die Ansichten geteilt.

Nehmen wir den günstigsten Fall an, — der aber kaum denkbar ist, — dass jeder Candidat einmal eine Zange unter Aufsicht des Vorstandes oder des Assistenzarztes ausführt, so wird er von dieser einen Zangenanlegung nicht den erhofften Nutzen und Vorteil haben: er ist befangen, aufgeregt, es wird assistiert und geholfen, so dass sich der Eindruck bald wieder verwischt. — Sehr wünschenswert wäre es freilich, wenn jeder Student, ehe er in die Praxis geht, eine Anzahl Zangenoperationen ausgeführt hätte. Dies ist aber nicht möglich, denn an einer kleineren Universität reicht das Material nicht aus und an einer Klinik mit grosser Geburtenzahl sind eine Anzahl von Assistenten, Volontärärzten und externen Aerzten etc. thätig, die schon jahrelang auf diese Stellung gewartet haben und unter denen sich der grösste Teil des operativen Materiales verteilt, so dass nur wenige Fälle für die Schulzangen übrig bleiben; auch ist die Zahl der Studierenden eine viel grössere. — Man muss daher als Ersatz seine Zuflucht zum Phantom nehmen. Es erscheint auch ausreichend, wenn der Student mehrere Semester sich fleissig am Phantom beschäftigt, worauf ein grosses Gewicht gelegt werden muss. Dort wird er sein für die geburtshilflichen Operationen so unentbehrliches Vorstellungsvermögen üben, dort wird er sich Geschicklichkeit im Gebrauche der Zange aneignen. Bei diesen Uebungen können dem Studierenden die Gefahren eingeschärft werden, welche dem Instrumente anhaften, damit er sie später in der Praxis vermeiden kann. Ausser der Zangenanlegung giebt es noch mehrere, manchmal schwieriger auszuführende Operationen, wie Wendungen, zerstückelnde Operationen, Extractionen u. a. m., für welche meistens die Uebungen am Phantom als Vorbereitung für die geburtshilfliche Thätigkeit in der Praxis auch genügen müssen. — Als Meister können wir die Schüler nicht zu den Kreissenden schicken. (v. Winckel)

Was die Gefahr betrifft, die von Einzelnen erwähnt wird, dass der Student, der viel operieren sieht, auch in der Praxis öfter als notwendig von der Zange Gebrauch machen wird, so hege ich zwar dieses Bedenken nicht zu sehr, möchte es aber doch nicht ganz von der Hand weisen und unerwähnt lassen, zumal da ohnedies in der Praxis mehr operiert wird als in der Klinik. Der konservative Hofmann (6.) hatte den Grundsatz, „möglichst wenig „zu operieren, d. h. den Praktikanten zu zeigen, was die Natur zu „leisten vermöge und dadurch sie zu ermuntern, im geburtshilf„lichen Handeln viel, sehr viel auf die Naturkräfte zu vertrauen."

Hohe Zangen.

Unter den 158 Zangen waren 6 = 3,7 pCt. hohe Zangen. Fünfmal stand der Kopf fest im Beckeneingang, einmal war derselbe nur auf dem Beckeneingang fixiert.

Was die Zahl der vorausgegangenen Geburten betrifft, so waren unter den 6 mit hohen Zangen Entbundenen:

2 Erstgebaerende,
2 Zweitgebaerende,
1 Drittgebaerende,
1 Viertgebaerende,

6

Die Indikationen zum Eingreifen bei diesem hohen Stande des Kopfes waren folgende:

a) von Seiten der Mutter:

Wehenschwäche und Erschöpfung . . .	1 mal
Wehenschwäche	1 „
Frühzeitige Placentarlösung	1 „

b) von Seiten des Kindes:

Irreponibler Nabelschnurvorfall	2 mal
Lebensgefahr des Kindes	1 „
	6 mal.

Der Muttermund war

in 1 Falle verstrichen,
in 4 Fällen nahezu verstrichen,
in 1 Fall fünfmarkstückgross.

Die Beckenverhältnisse waren folgende:

Normale Becken . . .	= 3
Allg. gl. v. Becken . .	= 1 (Conj. diag. 10,2)
Allg. ungl. v. Becken .	= 1 (Conj. diag. 9,6)
Querverengtes Becken .	= 1
	6

Bei dem allgemeinen ungleichmässig verengten Becken mit einer Conj. diag. von 9,6 cm wurde die künstliche Frühgeburt eingeleitet und wegen irreponiblen Nabelschnurvorfalls bei auf den Beckeneingang fixiertem Kopfe die Zange angelegt und ein lebendes, nur 1390 g schweres Kind extrahiert. Bei der ersten Geburt musste das lebende Kind perforiert werden.

Das

Wochenbett

verlief in 4 Fällen normal, in 2 Fällen traten puerperale Erkrankungen auf und zwar einmal eine Endometritis und einmal eine linksseitige Parametritis. Beide Fälle verliefen günstig. — Das Kind der Wöchnerin mit Parametritis starb am 9. Tage p. p. an einer von einer Druckmarke ausgehenden Sepsis. (Jahrg. 1883, Journal No 31.)

In allen 6 Fällen handelte es sich um Hinterhauptslagen, und zwar

4 mal um eine I. Hinterhauptslage,
1 mal um eine II. Hinterhauptslage.

Bei dem querverengten Becken stand der Kopf gerade im Beckeneingang.

Was das

Resultat für die Kinder

betrifft, so kamen

3 lebend,
3 asphyctisch, wurden aber wiederbelebt.

Eines von diesen war schwer asphyctisch, es hatte ein Gewicht von 3950 g.

Von den mit hoher Zange extrahierten Kindern starben zwei; eines am 9. Tage an Sepsis ausgehend von einer Druckmarke.

Das andere starb am 5. Tage an Lebensschwäche, es war das Frühgeburtskind und wog nur 1390 g bei der Geburt.

Die Hälfte der mit hoher Zange entbundenen Kinder hat

Verletzungen

erlitten und zwar folgende:

1. Löffelförmiger Eindruck am l. Stirnbein (I. H. L.)
2. Druckmarke an der r. Stirnhälfte und am r. Auge (I. H. L.)

Es entwickelte sich an diesen Stellen ein Abscess. Das Kind starb am 9. Tage an Sepsis, die von dem puriform zerfallenen Herde ausging.

3. Druckmarke am l. Stirnbein, Quetschung am l. Auge (II. H. L.)

Die Maasse der Kinder waren:

1. 4350 g — 55 cm (Allg. gl. v. B. Conj. d. = 10,2 lebend. Löffelf. Eindruck auf dem l. Stirnbein.)
2. 3950 g — 54 cm (Querverengtes Becken. Stark asphyctisch, wiederbelebt. Druckmarke am rechten Auge und der Stirne rechts. Stirbt am 9. Tage an Sepsis.)
3. 3850 g — 55 cm (Becken normal. Asphyctisch, wiederbelebt. Druckmarke am l. Stirnbein, Quetschung am l. Auge.)
4. 3520 g — 50 cm (Normales Becken. Lebend.)
5. 3210 g — 52 cm (Normales Becken. Asphyctisch. Wiederbelebt.
6. 1390 g — 40 cm (Allg. ungl. v. Becken. Conj. d. = 9,6. Einleitung der künstl. Frühgeburt. Lebend. Stirbt am 5. Tage.)

Nehmen wir die Zahl der Geburten und der hohen Zangen von den Jahren 1869—1896, also von 27 Jahren, zusammen, so kamen

auf 6387 Geburten 9 = 0,14 pCt. hohe Zangen,

welche Zahl im Verhältniss zu den übrigen Zusammenstellungen eine sehr geringe ist.

	hohe Zangen	
Leopold (Münchmeyer)	= 9,2 pCt.	
(Wahl)	= 7,3 „	
Kaltenbach (Sichler)	= 17,6 „	(darunter 8 mal nach Symphyseotomie),
Fehling (Schmidt)	= 8,3 „	
v. Rosthorn (Schick)	= 8,5 „	
v. Saexinger	= 0,14 „	

Die nachfolgende Tabelle soll das Mortalitätsverhältniss der Kinder bei hohen Zangen zeigen:

Kaltenbach (Sichler)	= 50,0 pCt.
Leopold (Münchmeyer)	= 21,0 „
Fehling (Schmidt)	= 38,7 „
v. Rosthorn (Schick)	= 56,1 „
v. Saexinger	= 16,6 „

Wenn auch unsere Resultate verhältnismässig günstiger sind, so ist doch im Allgemeinen das Resultat für die Kinder bei den hohen Zangen ein schlechtes. Im Interesse sowohl der Mutter als auch ganz besonders der Kinder (50 pCt. Verletzungen) sollte die hohe atypische Zange so selten als möglich zur Ausführung kommen.

Muss sie gemacht werden, so sollte die Anlegung nur als ein schonender Zangenversuch aufgefasst werden.

Nachgeburtsperiode.

Unter den 157 mit der Zange beendigten Geburten kam die Placenta 151 mal = 96,1 pCt. spontan und musste 6 mal = 3,8 pCt. manuell entfernt werden.

Blutungen

in der Nachgeburtsperiode traten unter den 157 Fällen 33 mal = 21,0 pCt. auf, darunter waren

19 schwere Blutungen = 12,1 pCt.
und 14 leichte Blutungen = 8,9 pCt.

Als Ursache der Blutung in den 33 Fällen wird Atonie des Uterus angegeben, doch traten auch noch aus anderen Ursachen Blutungen auf und zwar:

Scheidenrisse . . .	8 mal
Clitorisriss	1 „
Urethralriss . . .	1 „
Cervixriss	1 „
Abgerissene v. Lippe	1 „
	12 mal.

Demnach haben wir unter den 157 Zangengeburten (33+12) = 45 Fälle von Blutungen, d. i. 28,6 pCt., wobei die Dammrisse nicht mitgerechnet sind, bei denen ja meist auch mehr oder weniger starke Blutungen auftreten können.

Unter den 156 mit der Zange Entbundenen der Schmidt-schen Zusammenstellung (Fehling-Basel) hatten 36,6 pCt. teils leichte, teils schwere Blutungen und zwar hatten:

Normalen Blutverlust	99 =	63,5 pCt.
Mittleren Blutverlust	40 =	25,5 „
Schweren Blutverlust	17 =	10,9 „

Hierbei ist die Einteilung v. Winckel's zu Grunde gelegt, der unter einem leichten Blutverlust einen Verlust von 500—1000 g, unter einem schweren Blutverlust einen Verlust von 1000—1500 g versteht.

Münchmeyer erwähnt 13 = 6,31 pCt. Nachblutungen, worunter 5 nach Zangenoperationen bei Wehenschwäche aufgetreten sind; Schick berichtet über 12 Blutungen = 11,3 pCt. aus Atonie des Uterus; in 3 Fällen war die Blutung eine mässige, in 9 Fällen eine ausserordentlich schwere, die erst durch Tamponade der Scheide und des Uterus gestillt werden konnte.

Verletzungen der Mutter.

Die Ergebnisse unserer Zusammenstellung betreffs der Verletzungen der Weichteile, des Dammes und der Scheide nach Zangenoperationen im Verein mit den statistischen Angaben aus anderen Kliniken bestätigen voll und ganz den aus der Leopold-schen Klinik stammenden Satz, dass die Zange die blutigste, d. h. diejenige „unter den alltäglichen geburtshilflichen Operationen" ist,

welche am meisten und am häufigsten Verletzungen der mütterlichen Weichteile verursacht.

Wenn unsere Statistik verhältnissmässig günstigere Resultate aufweist, so hängt dies wohl damit zusammen, dass unter unseren mit der Zange Entbundenen wenige Erstgebärende sich befinden. Aber trotzdem sind unsere Zahlen noch sehr hohe, wenn man bedenkt, dass nach Olshausen bei spontanen Geburten nur in 20,6 pCt. der Damm einreisst.

Unter den 157 mit der Zange Entbundenen haben im Ganzen
85 = 54,1 pCt. Verletzungen
erlitten. Demnach blieben
72 = 45,8 pCt. unverletzt.

Diese 85 Verletzungen verteilen sich folgendermassen:

Dammrisse	66		
Incisionen	6		
		72 =	45,85 pCt.
Sonstige Verletzungen		13 =	8,28 pCt.
		85 =	54,1 pCt.

Die sonstigen Verletzungen waren:

Scheidenrisse	9
Clitorisriss	1
Urethralriss	1
Cervixriss	1
Abgerissene Muttermundslippen	1
	13

Ein Mastdarmdammriss wurde nicht beobachtet. Von den 72 Dammverletzungen kommen

auf Erstgebärende	6 Incisionen und
	54 Dammrisse
auf Mehrgebärende	12 Dammrisse

Demnach 72 = 45,85 pCt. Dammverletzungen.

Das Verhältnis der Dammverletzungen zwischen Erst- und Mehrgebärenden ist daher wie 5 : 1.

Ohne Dammverletzungen blieben

von den 85 Erstgebärenden	25 =	29,4 pCt.
von den 72 Mehrgebärenden	60 =	83,3 pCt.
	85 =	54,1 pCt.

Von den 72 Dammverletzungen sind
62 = 86,2 pCt. p. p. geheilt,
10 = 13,8 pCt. sind gar nicht oder nur teilweise geheilt. Diese 10 Fälle betreffen nahezu ausschliesslich Erstgebärende.

Auf Grund seiner Untersuchung kommt von Woerz (56) zu dem Resultat, dass die Frequenz der Dammverletzungen bei Geburten im geraden Verhältnisse mit dem Gewichte der geborenen Kinder steht. Auch nach dieser Richtung habe ich unser Material untersucht und folgende Tabelle zusammengestellt:

Gewicht der Kinder.	Zahl der Zangen			Dammrisse		
	überhaupt	Erstgebärende	Mehrgebärende	überhaupt	Erstgebärende	Mehrgebärende
1500—2500	8	4	4	1	1	—
2500—3000	38	18	19 (1 Mal Zwillinge)	12	12	—
3000 und mehr	112	63	49	53	41	12
Summe	158	85 + 72 = 157		66	54 + 12	

Bemerkenswert beim Blick auf diese Tabelle ist, dass bei einem Gewicht zwischen 1500 und 3000 bei Erstgebärenden nur in 13 Fällen, bei Mehrgebärenden gar keine Dammrisse enstanden sind, und dass ferner bei den Erstgebärenden die Zahl der Dammrisse um über das Dreifache gestiegen ist bei einem Gewicht der Kinder von 3000 und mehr.

Ueber Verletzungen der mütterlichen Weichteile finden wir in anderen Zusammenstellungen folgende Angaben:

Hecker	22 pCt. Dammrisse.
Olshausen	31,1 pCt. bei 244 Zangen bei Erstgebärenden.
Bonner Klinik	53,0 pCt. Dammrisse, darunter einige Mastdarmdammrisse.
Christel (Berlin)	50,63 pCt. Dammrisse, darunter 8 mal Ruptura perinei completa, hinzu kommen 148 weitere Verletzungen, die sich auf 105 Entbundene verteilen.
Münchmeyer	57,7 pCt. Dammrisse inkl. Incisionen. Verletzungen überhaupt = 85 pCt.
Wahl	81,4 pCt. Verletzungen.
Schmid	84,6 pCt. Verletzungen.
Schick	60 pCt. Verletzungen.
v. Woerz	63,87 pCt. Verletzungen.
Hauff	46 pCt. Dammrisse.

Die Zahl der Dammrisse, welche bei den vom Jahre 1869—1882 in der Saexinger'schen Klinik mit der Zange Entbundenen beobachtet wurde, stimmt nahezu vollständig mit der Zahl der Dammrisse der vom Jahre 1882 — 1896 Entbundenen, welche 45,85 pCt. beträgt. Ein Beweis dafür, dass bei Anlegung der Zange nach denselben konservativen Prinzipien vorgegangen wurde.

In einem Zeitraum von 27 Jahren (1869—1896) hätten wir demnach bei

296 Zangenentbindungen 135 = 45,5 pCt. Dammrisse. Davon kommen auf

Erstgebärende	(47 + 60)	= 107
Mehrgebärende	(16 + 12)	= 28
		135 Dammrisse.

Beckenverhältnisse.

Das Becken war in den 157 Fällen

113	mal d. i. in 71,9 pCt.	normal
44	mal d. i. in 28,0 pCt.	verengt
157		

Unter den 44 engen Becken waren:

Platte Becken	8
Allgemein gleichmässig verengte Becken	26
Allgemein ungleichmässig verengte Becken	3
Im Ausgang verengte Becken	4
Querverengte Becken	1
Osteomalacische Becken	1
Verengung nach einer Beckenfractur .	1
	44

Was den Stand des Kopfes bei der Zangenanlegung betrifft, so stand derselbe:

Im Beckeneingang	6 mal	= 3,79	pCt.
In der Beckenweite	34 „	= 21,51	„
In der Beckenenge	27 „	= 17,08	„
Im Beckenausgang	91 „	= 57,58	„
	158 „		

Die einzelnen Lagen der Kinder bei den Zangenoperationen waren folgende:

1) Hinterhauptslagen			= 97,46	pCt.
I.	= 109	= 68,98	pCt.	
II.	= 43	= 27,21	„	
III.	= 2	= 1,26	„	
	154			
2) Gesichtslagen	1		= 0,6	„
3) Scheitellagen	2		= 1,2	„
4) Stirnlagen	1		= 0,6	„
	158			

Die häufigsten Lagen, bei welchen die Zange angelegt wurde, waren die Hinterhauptslagen mit 97,4 pCt.

Bei der Gesichtslage wurde die Zange wegen Wehenschwäche und Lebensgefahr des Kindes in der Beckenweite nach 61stündigem Kreissen angelegt und ein asphyctisches, 3550 gr. schweres, 52 cm langes Kind (Knabe) entwickelt, das wiederbelebt wurde. Das Becken war normal, im Wochenbett traten keine Störungen auf.

Bei den Scheitellagen handelte es sich beidemal um erste Scheitellagen. — In dem einen Falle wurde bei einer Drittgebärenden nach nahezu 24stündigem Kreissen tief in der Becken-

weite wegen Wehenschwäche die Zange angelegt. Das Kind, ein 3450 gr. schweres und 51,5 cm langes Mädchen kam lebend. Das Becken war ohne Abnormität. Das Wochenbett verlief normal. — In dem zweiten Falle von Scheitellage wurde bei einer Zweitgebärenden nach 40stündigem Kreissen die Geburt mit der Zange beendigt. Das lebend geborene Kind (M.) hatte ein Gewicht von 3050 gr. und eine Länge von 49 cm. Becken normal, ebenso das Wochenbett. — Das Kind starb am 8. Tage nach der Geburt Bei der Sektion fand man Gehirnblutungen als Todesursache.

Die Stirnlage betraf eine 21jährige Erstgebärende. Nach 40stündigem Kreissen wurde im Interesse der Mutter und des Kindes tief in der Beckenenge die Zange angelegt. Das Kind (Knabe, 3140 gr. schwer, 54 cm lang) kam asphyktisch und konnte nicht wiederbelebt werden. Im Wochenbett einige Tage Fieber ohne Befund, sonst normal.

Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse der Mütter.

Bei den 157 mit der Zange entbundenen Müttern verlief
das Wochenbett 149mal = 94,9 pCt. normal
in 8 Fällen = 5,0 „ traten Erkrankungen im Wochenbett auf, die zwischen die Jahre 1882—1884 fallen; von da ab kam keine Erkrankung mehr vor.

Die einzelnen puerperalen Prozesse waren:

Im Jahre	1882 :	2mal Endometritis.
„ „	1883 :	3 „ Endometritis.
„ „	1883 :	1 „ Parametritis.
„ „	1884 :	2 „ Endometritis.
		8 Erkrankungen.

Alle 8 erkrankten Wöchnerinnen konnten geheilt aus der Klinik entlassen werden.

Eine Wöchnerin ist am 12. Tage nach der Geburt gestorben. Die Todesursache ist weder in der Art der Entbindung noch in einer Erkrankung im Wochenbett zu suchen, denn die Sektion ergab ausser normalen Genitalien „einen total negativen Befund". Demnach beträgt wie bei Münchmeyer, Schmid, Schick und Wahl die

Mortalität nach Zangenentbindungen — 0 pCt.

Vergleichen wir die sehr guten Gesundheitsverhältnisse, besonders der letzten zehn Jahre mit den Resultaten der Jahre 1869—1881, so ergiebt sich ein grosser Unterschied.

In diesem Zeitraum[1]) erkrankten 33,6 pCt. an Kindbettfieber und von diesen starben 10, also 7,3 pCt. sämmtlicher Zangengeburten.

In der alten Klinik, also bis zum Oktober 1890, wurden die Wöchnerinnen durchschnittlich am 10. Tage nach der Geburt entlassen, in der neuen Klinik hängt der Zeitpunkt der Entlassung von der Frequenz ab. Die Norm ist, dass Wöchnerinnen am 14. Tage entlassen werden, sind aber viele Geburten und fehlt es an Betten, so werden die Wöchnerinnen schon zwischen dem 10. und 12. Tage entlassen.

[1]) l. c. pag. 71.

Von den 157 mit der Zange entbundenen Wöchnerinen wurden bis zum 10. resp. 14 Tage 135[2]) = 85,9 pCt. entlassen. 21 = 13,3 pCt. blieben länger in der Klinik. Die Ursache des längeren Aufenthalts war jedoch nicht in allen Fällen auf die Geburt zurückzuführen.

Die durchschnittliche Dauer des Wochenbettes betrug 14 Tage.

Die 21 Wöchnerinnen blieben aus folgenden Gründen länger als 14 Tage in der Klinik:

Puerperale Erkrankungen	5
Mastitis	3
Blutung p. p.	3
Eklampsie	1
Osteomalacie	1
Bronchialkatarrh	1
Tuberkulöse Lungenaffektion	1
Lähmung des sphinct. vesicae	1
Blasenkatarrh	1
Geheilte Beckenfraktur	1
Pleuritis exsudativa serosa	1
(ohne jeglichen Zusammenhang mit der Geburt)	
Nicht angegeben	2
	21

Kinder.

Unter den 158 mit der Zange extrahierten Kindern waren

85 Knaben = 53,7 pCt.
73 Mädchen = 46,2 pCt.
158 Kinder.

Diese Prävalenz des männlichen Geschlechts finden wir in allen anderen Zusammenstellungen.

Das Durchschnittsgewicht der Kinder beträgt 3284,9 g, die Durchschnittslänge 50,9 cm. Also übersteigen die Maasse die normalen Verhältnisse, was mit der Häufigkeit der Zange bei zunehmendem Gewichte der Kinder übereinstimmt. (cf. Tab. pag. 561.)

Das grösste Kind, ein Mädchen, wog 4540 g und hatte eine Länge von 55,5 cm. Die Mutter war eine Viertgebärende; nach 7½ stündigem Kreissen wurde bei normalem Becken wegen Lebensgefahr des Kindes in der Beckenweite die Zange angelegt. Lebendes Kind. Wochenbett normal.

Das kleinste Kind, ein Mädchen, wog nur 1390 g und war 40 cm lang. — Während der Einleitung der künstlichen Frühgeburt musste wegen Nabelschnurvorfalls im Beckeneingang die Zange angelegt werden. Normales Wochenbett. Kind lebend.

Mortalitätsverhältnisse der Kinder.

Von den 158 mit der Zange extrahierten Kindern kamen

130 =	82,27 pCt.	lebend zur Welt,
22 =	13,8 „	asphyctisch, wurden aber wiederbelebt.
Also haben wir 152 =	96,20 „	lebende Kinder.

[2]) Eine Wöchnerin starb am 12. Tage.

Tot zur Welt kam	1	=	0,63 pCt.
Asphyctisch nicht wieder belebt	5	=	3,16 „
Also haben wir	6	=	3,7 pCt. tote Kinder.

Hiervon muss, um die Mortalität nach Zangenoperationen richtig zu berechnen, ein Kind abgezogen werden, da schon vor Anlegung der Zange die Nabelschnur pulslos war. Es sind also nur 5 Todesfälle als direkte Folge der Zangenentbindung anzusehen.

Von den 152 lebend extrahierten Kindern starben 5, die andern 147 konnten lebend entlassen werden.

Die Todesursachen waren:

1. Gehirnblutung. Tod am 8. Tage (I. Scheitellage, 40-stündiges Kreissen. 3050 g).
2. Tod am 4. Tage. Sepsis im Anschluss an eine Druckmarke (hohe Zange cf. pag. 557).
3. Tod am 9. Tage. Die Ursache ist nicht angegeben, jedoch sehr wahrscheinlich, nach der Beschreibung des Verlaufes zu schliessen, auf die Zange zurückzuführen.
4. Starb am 3. Tage an Lebensschwäche (2200 g).
5. Tod am 9. Tage an Lebensschwäche (1390 g cf. pag. 557).

Wir haben daher

eine Gesamtmortalität von 11 = 6,9 pCt.

Als direkte Folge der Zangenentbindungen haben wir aber nur 8 = 5,0 pCt. Todesfälle anzusehen.

Dieses Resultat muss im Vergleich mit den anderen Statistiken als ein günstiges bezeichnet werden. Würden wir den Fall, von dem wir nicht wissen, ob die Todesursache auf die Zange zurückzuführen ist, nicht mitrechnen, so hätten wir eine Zangenmortalität von nur: 4,4 pCt.

Mortalität der Kinder nach Zangenentbindungen.

v. Winckel	15,0 pCt.
Zweifel	17,16 „
Kézmárszky	29,5 „
Münchmeyer	12,0 „
Schmid	5,7 „
Bonner Klinik	4,9 „
Schick	3,7 „
Wahl	5,6 „
Kaltenbach (Sichler)	12,0 „
v. Saexinger	5,0 „

Endlich hätten wir noch über die Verletzungen zu berichten, welche die Kinder durch die Zange erlitten haben.

Verletzungen der Kinder.

Im Ganzen wurden bei den 158 Kindern

17 = 10,7 pCt. Verletzungen beobachtet. Es blieben also 141 89,2 „ unverletzt.

Die einzelnen Verletzungen waren:

Facialislähmung . . .	5 = 3,1	pCt.
Druckmarken	10 = 6,3	„
Löffelförmige Eindrücke	2 = 1,2	„

Schwere Verletzungen, wie z. B. Exophalmus, Fraktur der Clavicula, Zerreissung des Sternokleidomastoideus u. a. sind nicht vorgekommen.

Die

Facialis-Lähmung

wurde 4 mal rechts und 1 mal links beobachtet. Bei den 4 rechtsseitigen Lähmungen waren folgende Lagen:

I. Hinterhauptslage 3 mal
II. Hinterhauptslage 1 mal.

Bei der linksseitigen Lähmung lag das Kind in erster Hinterhauptslage. Wir sehen, dass unter den 5 Fällen zweimal „der gelähmte Nerv der der hinteren Kopfseite angehörige" war (Olshausen).

Von den Facialislähmungen ist
eine nach 1/4 Stunde,
eine im Laufe des Tages der Geburt,
eine am 11. Tage
verschwunden; eine bestand noch bei der Entlassung am 8. Tage,
einmal ist wegen des Rückgangs nichts Näheres
5 angegeben.

In anderen Zusammenstellungen finden wir die Facialislähmung häufiger:

Leopold (Münchmeyer) . . .	— 10,7	pCt.
Fehling (Schmid)	— 3,8	„
(Hesemann, Bonn) .	9,3	„
v. Rosthorn (Schick)	= 6,6	„
Kaltenbach (Sichler)	— 10,0	„

Gehen wir auf die übrigen Verletzungen, die beobachtet wurden, näher ein, so wäre zu sagen, dass der eine der löffelförmigen Eindrücke bei hoher Zange am linken Stirnbein entstanden ist. Der Kopf stand quer bei I. Hinterhauptslage. Das Becken war allgemein gleichmässig verengt und hatte eine Conjugata diagonalis von 10,2 cm. Das Kind, ein 4350 g schwerer Knabe, kam lebend. Indikation zur Zange war Wehenschwäche.

Der zweite Eindruck, der beobachtet wurde, war am rechten Scheitelwandbein. Die Zange wurde bei I. Hinterhauptslage wegen Erschöpfung angelegt. Das Kind war 3250 g schwer und kam lebend. Gleichzeitig war eine rechtsseitige Facialislähmung vorhanden.

Von den Druckmarken entstand nur eine bei hoher Zange, die übrigen 9 bei Extraktion aus der Beckenweite und dem Beckenausgang. — Die hohe Zange wurde bei querverengtem Becken nach 66stündigem Kreissen wegen Erschöpfung angelegt. Das asphyctische, 3950 g schwere Kind (Knabe) wurde wieder belebt. Es hatte an der rechten Stirnhälfte eine Druckmarke, von

der eine allgemeine Sepsis ausging, an welcher das Kind starb. Die Mutter hatte eine linksseitige Parametritis.
In einem Falle war ausser den Druckmarken an der rechten Stirne und Wange eine Facialisparese rechts vorhanden, die nach einer Viertelstunde verschwand.

Der besseren Uebersicht wegen sollen am Schlusse dieser Arbeit in der angeführten Tabelle die Resultate noch einmal zusammengestellt werden, die beim Durcharbeiten des geb. Materiales vom Jahre 1882—1896 bezüglich der Zangenentbindungen gefunden wurden.

1882 — 1896. Zahl der Zangen.		Unter 4280 Geburten wurde die Zange 158 mal bei 157 Geburten angelegt = 3,6 pCt. Hohe Zangen 6 = 3,7 pCt der Zangen.
Indikationen von Seiten	der Mutter	67 mal = 42,4 pCt.
	des Kindes	56 „ = 35,4 „
	Beider	16 „ = 10,1 „
	Schulzangen	19 „ = 12,0 „
Zahl der Erstgebaerenden		85 „ = 54,2 „
Zahl der Mehrgebaerenden		72 „ = 45,8 „
Verletzungen der Mutter	Verletzungen überhaupt	85 „ = 54,1 „
	Dammrisse u. Incisionen	72 „ = 45,85 „
	Sonstige Verletzungen	13 „ = 8,28 „
ohne Dammrisse blieben		85 „ = 54,1 „
ohne Verletzungen blieben		72 „ = 45,8 „
Placenta	spontan	151 „ = 96,1 „
	manuell	6 „ = 3,7 „
Blutungen ex Atonia uteri	leichte	14 „ = 8,9 „
	schwere	19 „ = 12,1 „
normales Wochenbett		149 „ = 94,9 „
puerperale Erkrankungen		8 „ = 5,0 „
Mortalität der Mütter (als direkte Folge der Zange)		0 „ = 0,0 „
Kinder	Zahl der Knaben	85 „ = 53,7 „
	Zahl der Mädchen	73 „ = 46,2 „
	Lebend geboren	152 „ = 96,2 „
	Asphyctisch nicht belebt (direkte Folge der Zange)	5 „ = 3,1 „
	Verletzungen	17 „ = 10,7 „
	unverletzt blieben	141 „ = 89,2 „

Litteratur.

1. Hamburgisches Magazin für die Geburtshilfe. 2. Stück 1808.
1. III. pag. 92. Wiedemann: Ueber verkehrte Hülfeleistung bei Geburten und deren schlimme Folgen.
2. V. pag. 126. Wiegand, Ueber die Folgen der zu voreiligen Zangenanwendung, pag. 126.

2. J. L. Boër, Natürliche Geburtshilfe und Behandlung der Schwangeren, Wöchnerinnen und neugeborenen Kinder. 3. Auflage. — Wien 1817.
3. Derselbe, Supplement hierzu, Wien 1826.
4. J. F. Osiander, Zur Praxis der Geburtshilfe, Hannover 1837.
5. Derselbe, Entbindungskunst 1833.
6. Hofmann, Rechenschaftsbericht der geburtshilflichen Poliklinik der Kgl. Ludw. Max-Universität in München für die Jahre 1849—59. — Prager Vierteljahrsschrift, 17. Jahrgang, 1860, III. Band pag. 73.
7. Michaelis-Litzmann, Das enge Becken. II. Auflage, Leipzig 1865.
8. M. Ploss, Ueber die Operationsfrequenz in geburtshilflichen Kliniken und Polikliniken; Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten. 33. Band, 5. Heft, 1869, pag. 321.
9. H. Fritsch, Beiträge zur Statistik der geburtshilflichen Operationen und ihrer Erfolge. Archiv für Gynäkologie, IV. Band, 2. Heft, 1872, pag. 364.
10. Derselbe, Klinik der geburtshülflichen Operationen, 5. Auflage, Halle, 1894.
11. Derselbe, Die Krankheiten der Frauen, 4. Auflage, Berlin 1889, pag. 167.
12. R. Olshausen, Ueber Dammverletzung und Dammschutz, Sammlung klinischer Vorträge No. 41, 1872.
13. E. Martin, Ueber die Anzeigen und Bedingungen der Extraktion des vorliegenden Kopfes mit der Geburtszange. Zeitschrift für Geb. und Gyn. Band I, Heft III, 1876, pag. 53.
14. R. Barnes, On the use of Forceps and its Alternatives in lingering labour, Transaction of the Obstetrical Society of London V. XXI for the year 1879, pag. 121.
15. C. v. Hecker, Beobachtungen und Untersuchungen aus der Gebäranstalt zu München 1859—1879.
16. R. Stahl, Geburtshilfliche Operationslehre, II. Auflage, Stuttgart 1883.
17. R. Chrobak, Untersuchung der weiblichen Genitalien nnd allgemeine gynäkologische Therapie. Deutsche Chirurgie, Lieferung 54, 1875, pag. 1.
18. W. A. Freund, Die Verletzungen der Scheide und des Dammes bei natürlich ablaufender und bei künstlich mit der Zange beendigter Geburt. Gynaekologische Klinik 1885, pag. 165.
19. F. Hauff, Beobachtungen aus der Tübinger geburtshilflichen Klinik aus den Mitteilungen herausgegeben von J. v. Saexinger, Tübingen 1884.
20. G. Walcher, Senkung und Vorfall etc. Habilit.-Schrift, Tübingen 1887.
21. A. Martin, Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten, 2. Auflage, Wien und Leipzig, 1887.
22. F. v. Winckel, Lehrbuch der Geburtshilfe, Leipzig 1889, pag. 705.
23. A. Hegar, Zur puerperalen Infektion und zu den Zielen unserer modernen Geburtshilfe, Sammlung klin. Vorträge No. 351, 1889.
24. Derselbe, Zur geburtshilflichen Statistik in Preussen und zur Hebammenfrage, Sammlung klin. Vorträge, No. 29, 1891.
25. H. Fehling, Die geburtshilflichen Operationen im Handbuch der Geb. von P. Müller. Stuttgart, 1889. pag. 141.
26. Derselbe, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Stuttgart 1893, pag. 135.
27. F. Münchmeyer, Ueber die Entbindungen mittelst der Zange an der Kgl. Frauenklinik in Dresden, Archiv für Gynaekologie XXXVI. B. 1889, pag. 1.
28. S. Chazan, Die Streitpunkte in der Puerperalfieberfrage, Sammlung klin. Vorträge No. 12, 1890.
29. F. v. Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 2. Auflage, Leipzig, 1890, pag. 8.
30. C. Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe, III. Auflage, Lahr 1891.
31. M. Runge, Lehrbuch der Geburtshilfe, Berlin 1891, pag. 204.
32. A. Martin, Lehrbuch der Geburtshilfe, Wien und Leipzig, 1891.
33. A. Kehrer, Lehrbuch der operativen Geburtshilfe, 1891.
34. K. Christel, Beobachtungen an Zangengeburten der Kgl. Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik zu Berlin, Inaug.-Diss. 1891.
35. E. Ingerslev, Die Geburtszange, eine geb. Studie. Stuttgart 1891.
36. F. Schmitt, Drei Fälle von Eklampsia puerperalis. Inaug.-Dissertation. Tübingen 1891.
37. M. Sänger, Ueber die allgemeinen Ursachen der Frauenkrankheiten, Leipzig 1892, pag. 14 und 16.

38. Derselbe, Ueber Pessarien, Leipzig 1890, pag. 251.
39. H. Obermüller, Ueber Dammrisse und Dammschutz. Inaug.-Dissert. Tübingen 1892.
40. F. Schauta, Grundriss der operativen Geburtshilfe, II. Auflage, Wien und Leipzig, 1892.
41. S. Pozzi, Lehrbuch der klin. und operat. Gynaekologie, Basel 1892, pag. 536.
42. C. Schröder (Olshausen und Veit), Lehrbuch der Geburtshülfe. XII. Aufl., Bonn 1893.
43. R. Kaltenbach, Lehrbuch der Geburtshilfe, Stuttgart 1893.
44. O. Küstner, Grundzüge der Gynäkologie, Jena 1893, pag. 338.
45. L. Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshilfe, Leipzig, 1894.
46. C. Schmid, Die Prognose der Zangenoperationen nach den Erfahrungen an der geburtshilflichen Klinik zu Basel, Archiv für Gynaek. 47. Band, 1894, pag. 32.
47. A. Czempin, Zur Behandlung des Abortus, Berlin 1894, pag. 14.
48. W. Belorussow, Ueber den Ausgang der Zangenoperationen für Mutter und Kind unter antiseptischen Cautelen, Inaug.-Diss. Petersburg. 1894. (Russisch.)
49. P. Zweifel, Lehrbuch der Geburtshilfe, 4. Auflage, Stuttgart 1895, pag. 574.
50. G. Leopold, Arbeiten aus der Königl. Frauenklinik in Dresden, Band II, pag. 307: G. Leopold und J. Wehle, Die Wiederherstellung des völlig zerrissenen Dammes und Afters (Rupt. perin. completa.) Proctoperineoplastik 1895.
51. P. Strassmann, Anleitung zur aseptischen Geburtshilfe, Berlin 1895, pag. 18.
52. H. Hesemann, Statistik über die Zangengeburten an der geburtshilflichen Klinik zu Bonn, Inaug.-Diss., Bonn 1895.
53. K. Schick, Die Zangenoperationen während der Jahre 1891—1894 an der deutschen geburtshilflichen Klinik des Prof. Dr. v. Rosthorn in Prag. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, Band I, Heft 6, 1895, pag. 588.
54. Wahl, Ueber die Entbindungen mit der Zange an der Königl. Frauenklinik in Dresden in den Jahren 1889 bis 1. Januar 1894. Archiv f. Gyn., 1895, fünfzigster Band, II. Heft, pag. 235.
55. R. Braun v. Fernwald, Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshilfe, Wien 1895, pag. 57.
56. H. v. Woerz, Ueber die an der geburtshilflichen Klinik Prof. Schauta's in Wien in den Jahren 1892 bis 1894 beobachteten Verletzungen des mütterlichen Dammes. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie 1895, Band II, Heft 1. pag. 3.
57. A. Froriep, Ueber Methode und Lehrstoff des anatomischen Unterrichts, Tübingen 1895.
58. A. Dührssen, geb. und gynaek. Vademecum, Berlin 1895.
59. F. L. Neugebauer, Zur Lehre von den angeborenen und erworbenen Verwachsungen und Verengerungen der Scheide sowie des angeborenen Scheidenmangels, Berlin 1895.
60. A. Sichler, Die Zangengeburten der Halle'schen Universitäts-Frauenklinik vom 1. Mai 1887 bis 1. Januar 1894, Inaug.-Diss., Halle 1896.
61. R. Dohrn, Ueber Leistung in der geb. Praxis, Sammlung klin. Vorträge No. 94, pag. 78.
62. C. Sickel, Bericht über die Ereignisse in mehreren Gebäranstalten, geb. Kliniken und Polikliniken, Schmidt's Jahrbücher Band 88, pag. 101.

III. Zur intrauterinen Therapie

von

P. BRÖSE.

Im Heft 4 des IV. Bandes dieser Monatsschrift teilt Hofmeier einen Fall mit, in welchem nach einer intrauterinen Einspritzung von 50-prozentiger Chlorzinklösung mittelst der Braun'schen Spritze der Tod eintrat und zwar wie Hofmeier annimmt, in Folge beginnender Peritonitis. Dass diese Frau an beginnender Peritonitis gestorben ist, scheint mir durchaus nicht sicher zu sein. Denn schwerlich wird sich bei einer Person, die am 24. März starb, beerdigt, nach 12 Tagen wieder ausgegraben und am 13. April secirt wurde, also am 20. Tage nach dem Tode, noch eine beginnende Peritonitis durch die Autopsie diagnosticieren lassen. Aber auch der klinische Verlauf, von welchem Hofmeier sagt, „dass nach demselben Niemand bezweifeln könne, dass in Folge des Einspritzens einer 50-prozentigen Chlorzinklösung in die Uterushöhle eine acute Peritonitis erzeugt worden ist", scheint mir durchaus nicht so absolut sicher für eine beginnende Peritonitis zu sprechen. Es traten nach der Chlorzinkinjection „heftige Schmerzen, ferner Erbrechen, Anschwellung des Leibes, Verfärbung des Gesichtes, Verschwinden des Pulses", also tiefer Collaps ein, alles Erscheinungen, die auch durch die blosse intrauterine Injection des Chlorzinks hervorgerufen sein konnten.

Hofmeier selbst wirft ja auch die Frage auf, ob es sich nicht „ausser der örtlichen Atzwirkung um eine direkt toxische Wirkung auf den Organismus" gehandelt haben kann. Bokelmann teilt mir einen Fall mit, in welchem fünf Tage nach einer Uterusauskratzung nach einer mit grösster Vorsicht vorgenommenen Injection von 50-prozentiger Chlorzinklösung mittelst der Braun'schen Spritze in den Uterus unmittelbar darauf Collaps, Ohnmacht, Aussetzen oder Verschwinden des Pulses eintrat. Die Collapserscheinungen dauerten mehrere Stunden; dann erst erholte sich die Frau. Auch ich habe von diesem Fall den Eindruck einer toxischen Wirkung auf den Organismus, ähnlich dem Effekt, den eine Carbolinjection in das Rectum hervorruft. Dass unter Umständen eine energische Resorption von der Uterushöhle aus stattfindet, beweisst ja auch die Hofmeier'sche Mitteilung über die Einwirkung des Alkohols seiner in den Uterus injicierten alkoholischen 10-prozentigen Carbollösungen auf das Allgemeinbefinden der Frauen. Vielleicht wird man bei diesen Injectionen noch einmal die Einwirkung der starken Carbollösung auf den Organismus beobachten.

Welches nun die direkte Todesursache in jenem von Hofmeier veröffentlichten Falle gewesen ist, das ist nicht aufgeklärt; dass aber die Frau in Folge der intrauterinen Chlorzinkinjection zu Grunde gegangen ist, daran wird Niemand zweifeln. So möchte auch ich mich der Warnung Hofmeier's vor der intrauterinen Einspritzung des Chlorzinks mittelst der Braun'schen Spritze in die Uterushöhle vollkommen anschliessen.

Hofmeier kommt am Ende seiner Arbeit zu dem Schluss: „Es ist also nicht die Anwendung der Braun'schen Spritze und die Einführung flüssiger Medikamente in grösserer Menge an sich, welche die Gefahr bedingen, sondern ungeeignete Anwendung ungeeigneter Medikamente." Ich will gern zugeben, dass die Anwendung der starken Chlorzinklösungen mittelst der Braun'schen Spritze eine ungeeignete ist. Ich habe das Chlorzink niemals so angewendet, und als ich die intrauterine Chlorzinkätzung mittelst der Playfair'schen Sonde, wie Rheinstädter sie zuerst angegeben, empfahl [1]), auch gar nicht daran gedacht. dass derartige starke Lösungen in die Uterushöhle eingespritzt werden würden. Deshalb aber auf ein so vorzügliches Medikament, wie es die starke Chlorzinklösung ist, in der gynäcologischen Therapie verzichten zu wollen, heisst das Kind mit dem Bade ausschütten.

Die Anwendung der Braun'schen Spritze und die Einführung flüssiger Medikamente in grösserer Menge in den Uterus kann ich nicht für so harmlos halten, wie Hofmeier, und ich befinde mich darin in Übereinstimmung mit anderen Gynäkologen [2]), welche die Braun'sche Spritze ganz aus ihrem Armamentarium verbannt haben. Ich habe sowohl noch als Assistent von Schröder, wie auch später nach den Einspritzungen der doch für ziemlich harmlos geltenden Jodtinctur trotz vorhergehender Dilatation mittelst Schröder'scher Kupfersonden und vorhergehender desinfizierender Ausspülung sehr unangenehme perimetritische Reizungen, ja grössere Exudate auftreten sehen. Die Möglichkeit des Übertritts von eingespritzter Flüssigkeit in die Bauchhöhle ist auch nicht so von der Hand zu weisen, wie es Hofmeier thut. Teilt doch Landau [1]) einen Fall mit, in welchem Injectionen mit Bleiessig gemacht wurden und in der Peritonealhöhle der bald darauf Verstorbenen Schwefelblei nachgewiesen wurde. Ich benutze deshalb zur Nachbehandlung der Endometritis fungosa nach der Uterusauskratzung die Elektrolyse, die ein ausgezeichnetes Atzmittel und dabei ungefährlich ist.

Das Chlorzink ist aber ein ausgezeichnetes Mittel für die katarrhalische Endometritis. Seit dem Jahre 1886 habe ich die intrauterine Chlorzinkätzung mittelst der mit Watte umwickelten Playfair'schen Sonde in vielen Hunderten von Fällen mit dem besten Erfolge angewendet. Der Einwand Hofmeier's, dass man dieses Aetzmittel mittelst der Playfair'schen Sonde nicht in die Uterushöle bringen könne, weil bei dieser Anwendungsweise das Aetzmittel im Cervix abgestreift würde und nicht über den innern Muttermund hinausdränge, ist rein theoretischer Art Die Praxis spricht dagegen. Das kann man fast mit der Sicherheit eines Experimentes nachweisen. Wenn man bei einer Frau nur den Cervix auf jene Weise ätzt, so hat sie in den meisten Fällen gar keine Schmerzen. Dringt man aber in die Uterushöhle ein, so bekommen

[1]) Deutsche medicinische Wochenschrift 1888.

[2]) Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft 1894. Sitzung vom 8. November.

[1]) Verhandlungen der Berliner medicinischen Gesellschaft. l. c.

sehr viele Frauen starke Uteruskoliken, die stundenlang anhalten können, wenn sie auch nicht so stark sind, wie die Uteruskoliken, die nach Anwendung der Braun'schen Spritze entstehen. J. Veit[1] führt ferner als Beweis dafür, dass man mit der Playfair'schen Sonde Chlorzink in den Uterus bringen kann, Folgendes an, wovon sich Jeder leicht überzeugen kann. Wenn man eine mit Chlorzink getränkte Sonde nach der Einführung in den Uterus mit einer kleinen Verletzung am Finger ihrer Watte beraubt, so fühlt man in der Wunde des Fingers das brennende Aetzmittel deutlich genug.

Allerdings ein ganz gleichgültiger Eingriff ist die intrauterine Aetzung mit einer so starken Chlorzinklösung — stark müssen die Lösungen sein, sonst durchdringen sie das zähe Sekret nicht — auch nicht. Auch hierbei muss man mit der nötigen Vorsicht verfahren. Man muss natürlich Fälle mit Erkrankungen der Uterusanhänge von der Behandlung ausschliessen, man muss sich vor der Aetzung die Richtung des Uteruskanals genau mit der Sonde bestimmen und darf endlich die Aetzungen nicht zu häufig hintereinander vornehmen. Es genügt vollkommen, wenn man sie alle 8 Tage ausführt; denn dann erst findet man den Schorf der letzten Aetzung abgestossen. Ausserdem passiert es manchmal, dass sich der Aetzschorf unter einer geringen, in seltenen Fällen sogar ziemlich starken Blutung abstösst, die aber immer durch die Tamponade zu stillen ist.

Eine jede intrauterine Therapie hat ihre Gefahren und muss mit der nötigen Vorsicht angewendet werden. Auf keinen Fall ist diese Applikation des Chlorzinks mittels der Playfair'schen Sonde etwa mit grösseren Gefahren verbunden, als die Applikation anderer sogen. „geeigneter Flüssigkeiten" mittelst der Braun'schen Spritze. Auf einen Punkt möchte ich aber bei der intrauterinen Behandlung der Endometritis catarrhalis hinweisen, der mir sehr wichtig zu sein scheint: man soll überhaupt nicht in jedem Fall von Fluor albus die ganze Uterushöhle in Angriff nehmen. Wenn man beim Uteruskatarrh im Speculum die Portio ansieht, so kann man nicht ohne weiteres erkennen, wie weit der Katarrh in den Uterus hinaufgeht, ob der Katarrh nur bis zum innern Muttermund reicht oder auch die Uterushöhle ergriffen hat. In der Regel aber — das hat schon Schröder gelehrt und das habe ich auch aus meinen therapeutischen Erfolgen gesehen — geht der Katarrh garnicht über den innern Muttermund hinaus, und man sollte sich bei dem Fluor albus, besonders wenn er auf Gonorrhoe beruht, in der Regel darauf beschränken, nur den Cervix zu behandeln. Erst, wenn ich nach einigen Wochen sehe, dass ich so nicht zum Ziele komme und auch dann erst nach Einlegung der Schultze-schen Probetampons und Untersuchung des Sekrets entschliesse ich mich, die ganze Uterushöhle zu ätzen.

Hätte jener Arzt, der in dem von Hofmeier veröffentlichten Falle wegen Fluor albus die 50-procentige Chlorzinklösung in die Uterushöhle injicierte, nur den Cervix behandelt, so wäre er wahr-

[1] Verh. der Berl. med. Gesellsch. 1894. l. c.

scheinlich vollkommen zum Ziele gekommen, ohne dass ihm ein so trauriges Ereignis passierte.

So kann ich mich dem Ausspruch Hofmeiers, dass die „ungeeignete Anwendung ungeeigneter Medikamente" in diesem Falle die Gefahr bedingte, nicht ganz anschliessen. Wohl war die Anwendungsweise und vielleicht auch die Indikationsstellung zu verwerfen. Das Medikament selbst aber, das ich für ein sehr nützliches halte, deshalb, weil es in ungeeigneter Weise angewendet wurde, als ungeeignet zu bezeichnen, das geht zu weit. Auch das Morphium ist ein Medikament, das in ungeeigneter Weise angewendet, den grössten Schaden stiften kann. Und dennoch möchte wohl kein Arzt auf das Morphium verzichten.

IV. Zur intrauterinen Therapie.

Erwiderung auf den Artikel von M. Hofmeier in der Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. IV, Heft 4.

Von

A. DÜHRSSEN.

Ich stimme mit Herrn Hofmeier vollständig überein, wenn er am Schlusse seines Aufsatzes Folgendes sagt: „Aus dem Gesagten geht hervor, dass man, um überhaupt eine Wirkung auf die Gewebe zu erzielen, jedenfalls konzentrierte Lösungen anwenden muss und auch unter Beobachtung der nötigen Vorsichtsmassregeln ohne Schaden anwenden kann"; und weiter: „Es ist also nicht die Anwendung der Braun'schen Spritze und die Einführung flüssiger Medikamente in grösserer Menge an sich, welche die Gefahr bedingen, sondern ungeeignete Anwendung ungeeigneter Medikamente"

Diesen Anschauungen glaube ich durch die in meinem gynäkologischen „Vademecum" niedergelegten Vorschriften vollikommen Rechnung getragen zu haben und begreife daher nicht, we Hofmeier mir eine gewisse Verantwortlichkeit für den von ihm berichteten Todesfall nach 50prozentiger Chlorzinkinjektion aufbürden will. Hofmeier verlangt, „dass diejenigen Autoren, welche derartige heroische Mittel, wie Injektionen von 50prozentiger Chlorzinklösung, literarisch empfehlen, ein wenig mehr die ausserordentliche Verantwortlichkeit, welche sie dadurch unter Umständen auf sich laden, erwägen und zum Mindesten die notwendigen oder unerlässlichen Vorsichtsmassregeln in einer unverkennbaren und bestimmten Weise gleich dabei zum Ausdruck bringen."

Diese Vorsichtsmassregeln sind von mir in der von Hofmeier zitierten Stelle (Gynäkologisches Vademecum, 4. Auflage, S. 101 u. 102) in unverkennbarer und bestimmter Weise zum Ausdruck gebracht, indem ich vor und nach der Injektion eines Aetzmittels — ich nenne S. 101 Jodtinktur, Liq. ferri, Chlorzink

in 50prozentiger Lösung — eine Uterusausspülung als notwendig bezeichne und die Art der Injektion genau beschreibe. Auf S. 102 betone ich nochmals, dass auch bei Aetzungen mit Playfair'sches Sonde der Uterus vorher und nachher ausgespült werden muss. Er ist ferner nicht richtig, wenn Hofmeier sagt, dass ich die Einspritzungen mit 50prozentiger Lösung S. 101 sehr nachdrücklich empfohlen hätte. Als zur Injektion gebrauchtes Aetzmittel nenne ich das Chlorzink erst an dritter Stelle und sage einige Zeilen weiter unten: „Uebrigens ist der Verfasser von diesen Einspritzungen ganz zurückgekommen und macht Aetzungen nur noch mit der Playfair'schen Sonde." In dieser Anwendungsform bezeichne ich allerdings auf S. 103 das 50prozentige Chlorzink als dasjenige Aetzmittel, welches sich mir, wie Rheinstädter und Bröse, besonders bewährt hat.

Dass ich das Chlorzink in einer ungeeigneten Anwendung empfohlen hätte, kann ich somit nicht zugeben. Es bleibt somit von den Vorwürfen Hofmeier's nur der eine auf seine Berechtigung zu prüfen, ob das Chlorzink in 50prozentiger Lösung ein ungeeignetes Aetzmittel ist. Nach meinen Erfahrungen ist das Chlorzink in dieser Lösung ein sehr geeignetes Aetzmittel, indem es die Endometritis sicherer als die übrigen Aetzmittel zur Heilung bringt. Nachteile habe ich trotz täglicher Anwendung des Mittels in all den Jahren, die seit der Empfehlung des Mittels durch Rheinstädter und Bröse vergangen sind, nicht beobachtet. Was die Koliken anbelangt, so habe ich dieselben in gleicher Stärke auch nach den früher angewendeten Injektionen von Jodtinktur auftreten sehen.

Den von Hofmeier berichteten Todesfall kann ich somit nur auf die unrichtige Ausführung der Injektion, die ohne vorherige oder nachherige Uterusausspülung vorgenommen wurde, zurückführen. Für die Folgen der unrichtigen Ausführung einer Methode diejenigen verantwortlich zu machen, welche die Methode empfehlen, ist jedoch nicht angängig. Dann dürfte man nicht einmal mehr die bimanuelle Untersuchung in der Gynäkologie empfehlen, denn ein zu starker Druck auf die gravide Tube kann z. B. die Ruptur derselben und tödtliche innere Blutung herbeiführen.

Mit Hofmeier stimme ich darin überein, dass die vor der Aetzinjektion gemachte Ausspülung auch den Vorteil hat, dass der eingeführte Katheter den Cervicalkanal dilatiert und hierdurch den Abfluss des Aetzmittels begünstigt. Bei sofortigem Abfluss des Aetzmittels entstehen keine schweren Koliken. Man sieht sie eigentlich nie bei Mehrgebärenden mit weitem Cervicalkanal. Diese Beobachtung hat mich neuerdings zu der Massregel veranlasst, einen Tag vor der Aetzinjektion den Uterus mit Jodoformgaze auszustopfen und hierdurch den Cervicalkanal stärker und schmerzloser zu dilatieren, als es der eingeführte Katheter oder besondere Dilatatoren vermögen. Hierdurch lässt sich der Schmerz der Aetzinjektion auf ein Minimum reduzieren — und erscheint mir daher dieses Verfahren sicherer als die Herabsetzung der Konzentration.

Denn gelegentlich sah ich auch nach 25prozentigen Chlorzinkinjektionen ebenso heftige Koliken. wie nach der Injektion 50prozentiger Lösungen. Ob thatsächlich die schwächeren Chlorzinklösungen dieselbe günstige Wirkung auf die Heilung der Endometritis haben, wie die 50prozentige, erscheint mir doch zweifelhaft. Sagt doch auch Hofmeier selbst, dass man ziemlich konzentrierte Lösungen anwenden muss, um überhaupt eine Wirkung auf die Gewebe zu erzielen.

Ich komme daher zu dem Schluss, dass wir in der intrauterinen Applikation der 50prozentigen Chlorzinklösung ein gutes Mittel zur Heilung der Endometritis catarrhalis besitzen und dass dieses Mittel selbst in der Form der Injektion mittelst Braun'scher Spritze gefahrlos ist, falls die Injection nur bei normalen Adnexen und unter den obenerwähnten Vorsichtsmassregeln vorgenommen wird.

V. Zur intrauterinen Anwendung von Chlorzink.

Von

M. SÄNGER.

Auf der letzten Naturforscher-Versammlung in Frankfurt hat im Anschluss an einen Vortrag von Pfannenstiel: „Ueber die Chlorzinkstiftbehandlung des Uterus bei klimakterischen Blutungen" nach Dumontpallier eine Diskussion stattgefunden, wobei alle Redner sich gegen diese Behandlung aussprachen. Von W. A. Freund wurde dabei auf einen Fall hingewiesen, wo 12 Stunden nach Einspritzung einer 50%igen Chlorzink-Lösung der Tod eintrat. Man geht wohl nicht fehl in der Annahme, dass dieser Fall identisch sei mit dem unlängst von Hofmeier hier mitgeteilten, welcher zu vorstehenden Repliken von Bröse und Dührssen geführt hat. Auch ich fühle mich gedrungen, zu der so aufs Neue aufgetauchten Frage der intrauterinen Chlorzink-Behandlung hier einige Worte zu äussern, da ich zu denen gehöre, welche dieses Mittel reichlich erprobt haben und hochschätzen. Eine intrauterine Einspritzung von Chlorzink-Lösungen habe ich aber niemals vorgenommen und halte sie mit Hofmeier, einerlei ob mit oder ohne Cautelen angewandt, für absolut verwerflich. Ich bin daher allerdings der Meinung, dass Dührssen, wo er selbst anführte, sie wieder verlassen zu haben, besser daran gethan hätte, sie für sein „Vademecum" nicht aufrecht zu erhalten.

Das ist die zweite ungeeignete und gefährliche Anwendungsweise des Chlorzink, welche dieses so wertvolle Mittel abermals diskreditierte. Die erste war die Chlorzinkstiftbehandlung.

Angeregt durch die Veröffentlichung von Schaeffer[1]) (damals Assistent von J. Veit), habe auch ich im Jahre 1891 in

[1]) Berl. Kl. W. 1891, No. 17 (s. auch die Dissert. von Lembcke).

5 Fällen das heroische Verfahren Dumontpalliers angewandt und sie in einer Dissertation von Ernst Gehlig[1]) beschreiben lassen. Zur Zeit von deren Abfassung war ich bereits genötigt gewesen, in zwei Fällen die Hysterectomie nachzuschicken, in dem einen wegen Atresia totius cervicis und Hämatometra, in dem anderen wegen hochgradiger Striktur der Cervix bei Fortdauer von Blutungen. In dem letzteren Falle, dem der von Pfannenstiel geschilderte fast genau gleicht, war die obere Hälfte der Cervix bis auf einen feinsten Kanal von kaum 1/8 mm Lichtung verschlossen. Im Corpus Uteri fand sich noch immer eine kleine Höhle mit unzerstörter Mucosa, auf der zwei kleine Polypen sassen. In der Folge war ich genötigt, noch in einem dritten Falle, den IV. der kleinen Liste von Gehlig, zur Hysterectomie zu schreiten. Trotz dreimaliger unter Leitung des austastenden Fingers vorgenommener Beseitigung, trotz des Chlorzinkstiftes waren adenomatöse Polypen des Endometrium zum 4. Male wiedergekommen, nur jetzt bei hochgradiger Stenose des Cervix. Die Frau wurde nun endlich geheilt.

Den vierten Fall (No. III der Liste) sah ich nach 3 Jahren wieder mit Atresie der Cervix und Beschwerden, die auf, wenn auch geringe, Hämatometra hinwiesen. Im 5. Fall (No. V) habe ich ebenfalls nach 3 Jahren eine Hämatometra von der Scheide her eröffnet; ein Jahr darauf musste die Frau wieder aufgenommen werden, nun mit Pyometra.

Während ich vordem geneigt war, dem Dumontpallier'schen Verfahren noch eine einzige Indikation einzuräumen, nämlich bei recidivierenden profusen Blutungen im klimakterischen Alter, bin ich nach den traurigen Späterfahrungen an meinen 5 Fällen mit 3 nachträglichen Hysterectomieen, wozu ich noch einen 4. aus gleichem Anlass in der Praxis eines auswärtigen Kollegen operierten Fall hinzurechnen darf, von der Sache ganz zurückgekommen und habe nie wieder einen Chlorzinkstift eingelegt, auch nicht mit der Modifikation die Cervix mit neutralisierendem doppelt-kohlensaurem Natron anzufüllen.

Auch Werth und A. Martin haben ihre mit der Chlorzinkstift-Behandlung erzielten Ergebnisse damals veröffentlichen lassen, Ersterer in einer Dissertation von E. Crämer[2]), Letzterer in einem Aufsatz von Kochenburger[3]).

Werth—Crämer wollen das Verfahren wohl nur bei Frauen im oder dicht vor dem Climacterium angewendet wissen, sind ihm aber damals noch günstig gesinnt. Ob auch noch später? — — —

Kochenburger berichtete über 22 Fälle. In 5 derselben wurde nachträglich der Uterus entfernt: 2 Mal wegen multipler Myome, 2 Mal wegen Wiederkehr sonst nicht stillbarer Blutungen, 1 Mal wegen erheblicher Beschwerden durch Stenose des Uterus. Gleichwohl wird das Verfahren, hauptsächlich für schwere Blu-

---

[1]) Ueber intrauterine Chlorzink-Verschorfung nach Dumontpallier. Inaug.-Diss. Leipzig 1892. Druck von A. Th. Engelhardt.

[2]) Zur Behandlg. der Endometritis hyperplastica mit Chlorzinkstiften. In.-Diss. Kiel. 1892.

[3]) Ueber Chlorzinkätzung des Uterus. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. XXVI, 1.

tungen im klimakterischen Alter, empfohlen, während die intrauterine Anwendung einer 50 %igen wässerigen Chlorzinklösung verworfen wird.

Auch E. Fraenkel hat damals sich noch günstig über die Dumontpallier'sche Methode ausgesprochen [1]).

Die reichhaltige französische Litteratur übergehe ich.

Die ganz unberechenbare Tiefenwirkung der Chlorzinkstifte, bald mit zu oberflächlicher oder nur heerdweiser, bald mit zu tiefer Aetzwirkung, die unvermeidliche Mitverätzung der Cervix mit späterer Stenose und Atresie nebst sich anschliessender qualvoller Hämatometra oder schwerer Geburtsstörung (Fochier), oder eitriger Adnex-Erkrankungen (Jacobs), die besonders bei Endometritis gonorrhoica drohen, wobei Neisser (Demonstration auf dem Dermatologen-Kongress in Leipzig) sie mehrere Male verwandte, diese und noch andere Komplikationen, die durch so schlimme Folgen veranlassten schweren Nachoperationen mit mehrfach tötlichem Ausgang, sollten wohl hinreichen, das Dumontpallier'sche Verfahren für absolut verwerflich zu erklären.

Die vaginalen Antefixationen des Uterus haben auch nicht entfernt so viel Unheil gestiftet wie dieses.

Es ist ganz eigenthümlich, wie das Chlorzink, dessen furchtbare Wirkung noch von der Zeit der „Pasten" her in Erinnerung war, in so gefährlicher Anwendungsweise empfohlen werden konnte. Es ist daher ein Verdienst Hofmeier's an einem grellen Fall gezeigt zu haben, dass auch die intrauterine Injection einer 50 prozentigen Lösung mittelst Braun'scher Spritze eine solche sei. Dass der von ihm berichtete Todesfall darauf zurückgeführt werden müsse, daran kann nicht gezweifelt werden. In Bezug auf die Deutung möchte ich mich Broese's Meinung anschliessen, dass Peritonitis als Todesursache nicht erwiesen sei, seine Erklärung aber, dass es sich um Intoxication gehandelt habe, möchte ich nicht annehmen. Giftwirkung kann das Chlorzink nur in dünnen Lösungen entfalten. (S. Karewski, Berl. med. Ges. 26. X. 1896. Deutsche med. Wochenschr. 1896, No. 30.)

Vielmehr halte ich dafür, dass Shock die Todesursache war, veranlasst durch die plötzliche, tiefgreifende, überaus schmerzhafte Zerstörung des Endo- und z. T. auch Myometrium bei tetanischem Krampf des Uterus. Wohl mag es in der kurzen Zeit von 12 Stunden auch zu einer (chemisch bedingten), perimetritischen, selbst pelvi-peritonitischen Reizung gekommen sein; als Todesursache scheint mir diese aber nicht hinreichend.

Die nach leichten, intrauterinen Stäbchenätzungen mit Chlorzinklösung von 50 pCt. zuweilen binnen wenigen Minuten auftretenden Erscheinungen, intensiver Leibschmerz, Blässe, Ohnmacht, Pulsschwäche etc. haben entschieden ebenfalls den Charakter des Shock. Auch dass sie bei längerem Anhalten mit Morphium

[1]) Zur Behandlg. der chron. Endometritis. Wien. med. Presse. 1893. No. 29 und 30.

rasch beseitigt werden können, beweist, dass es sich nicht um eine Intoxication handeln kann. Für diese Auffassung liessen sich noch manche weitere Beweise anführen, so das Ausbleiben von als toxische deutbaren Folgeerscheinungen unter langsamerer Einwirkung wie bei dem Chlorzink-Stift; ihr Fehlen bei relativ reichlicher Einbringung von Chlorzinklösung bei weiter Cervix, wo kein Spasmus Uteri mit Retention des Ueberschusses stattfindet; ferner die chemische und physicalische Bindung der starken Chlorzink-Lösung durch die Gewebe. —

Nachdem ich im Laufe der Jahre wohl die meisten Mittel und Methoden intrauteriner Atzung — d. h. solcher für das Corpus Uteri — durchprobiert habe, von der E. Martin'schen Uterus-pistole bis zur Bandl'schen Drain-Canüle, von der Braun'schen Spritze bis zur Ausstopfung mit kaustischer Gaze, bin ich nun schon lange zur Erfahrung und Überzeugung gekommen, dass das beste Prinzip ist die Ätzungen selten und mit dem kleinstmöglichen Quantum eines starken flüssigen Ätzmittels auszuführen.

Darum kann ich auch mit zwei Worten sagen, weshalb ich die intrauterinen Einspritzungen mittels Braun'scher Spritze, im Gegensatz zu Hofmeier, für nicht empfehlenswert halte: sie arbeiten mit einem starken Ueberschuss und mit zu schwachen Aetzmitteln, wenn man, was letzteres Moment anlangt, von der auch deswegen nicht zu dem Braun'schen Verfahren passenden 50prozentigen Chlorzinklösung absieht. Gewiss hat man mit der Zeit gelernt, die sonstigen Gefahren, die den Einspritzungen anhaften, zu beherrschen, aber die zahlreich erlebten schweren Zufälle, namentlich bei Gebrauch von Liquor ferri sesquichlor., bilden doch eine warnende Kasuistik, die auch heute noch Vermehrung erfahren kann.

Auch den Hofmeier'schen Karbol-Alkohol rechne ich zu den schwachen Aetzmitteln: auf ein Ectropium appliziert (15prozentig) lässt er kaum einen Hauch von Aetzwirkung erkennen.

In dem von mir vor $2^1/_2$ Jahren beschriebenen[1]) dünnen, weichen, biegsamen und elastischen Silberstäbchen besitzen wir ein Instrument, womit sich die intrauterine Applikation starker flüssiger Aetzmittel am sichersten, einfachsten und schonendsten ausführen lässt.

Wie überlegen es zu diesem Behufe dem plumpen, starren Playfair-Stäbchen sei, wenngleich man dieses bei entsprechender Länge sowie bei gehöriger Weite des Isthmus uteri auch bis zum fundus uteri einschieben kann, will ich hier nicht nochmals ausfechten: wer die beiden Instrumente nur neben einander sieht, muss erkennen, dass das Silberstäbchen zu dem Zwecke, dem sie beide dienen sollen, sich weitaus besser eignen müsse.

Ich gestehe offen, dass ich die heutige Gelegenheit benutze, für das Aetzstäbchen nochmals Propaganda zu machen. Erfunden habe ich es nicht, nur eingeführt, gerade so, wie auch das Play-

[1]) Zur Technik d. uterinen Aetzung. Centralbl. f. Gyn. 1894. No. 25.

fair-Stäbchen bei uns eingeführt wurde. Ich bin also nicht mit der Einseitigkeit des Erfinders daran gebunden. Die neuen Lehrbücher oder neue Auflagen von solchen erwähnen es gar nicht oder nur beiläufig; kein einziges beschreibt seine Anwendung, geschweige, dass die für den Praktiker so wichtige Frage des für die verschiedensten Aetzmittel berechneten Zeitpunktes einer Wiederholung der Aetzung („Aetzperioden") hervorgehoben würde, um der sinn- und planlosen Aetzerei, des Einen ein paar Dutzendmal in einem Vierteljahr mit einem zu schwachen, des Andern dreimal die Woche mit einem zu starken Mittel, endlich zu steuern.

Wo die trockene Anwendung von Chlorzink in Gestalt der Dumontpallier'schen Stifte, wo die Einspritzung von Chlorzink-Lösungen mittels Braun'scher Spritze absolut verwerflich ist, bildet deren Einbringung mit dem Silber-Aetzstäbchen das geeignetste Verfahren.

Wie das Chlorzink zu Scheidenausspülungen (zuerst empfohlen von Fritsch, Centrbl. f. G. 1877, No. 30), das beste und wirksamste Spülmittel ist bei allen eitrigen Ausflüssen aus Scheide und Uterus, ja bei solchen, die durch Gonorrhoe bedingt sind, sogar das Sublimat übertrifft, so ist die Rheinstädter'sche 50prozentige Chlorzink-Lösung in genannter Weise eingeführt und in angemessener Zwischenzeit wiederholt, das bewährteste Aetzmittel für die kranke Uterusschleimhaut, auf deren Einzelformen ich hier nicht weiter einzugehen brauche.

Ich unterscheide eine Applikation des Mittels auf die intakte kranke Schleimhaut (Corpus und Cervix), und eine solche auf die wunde Schleimhaut, also nach Ausschabung. Erstere kann ganz unbedenklich in der Sprechstunde, letztere nur klinisch vorgenommen werden.

Die ambulante Stäbchenätzung übe ich im Neugebauer'schen Speculum nach gründlicher trockner Auswischung der Scheide, besonders ihres Fornix, sowie der Cervix, also ohne vorherige Ausspülung und ohne vorherige Sondierung. Absichtlich wird auch vorherige Erweiterung mit Dilatatoren, die ja leicht auszuführen wäre, unterlassen, um keine Schleimhautverletzung zu bekommen und den Isthmus uteri nicht zu reizen. Das Stäbchen wird ohne Fixation der Portio mit Zange oder Häkchen freihändig eingeschoben und bildet so selbst den Massstab für passende Weite der Cervix.

Geht es nicht ganz leicht bis zum Fundus Uteri ein, so wird es zurückgezogen, um es ein späteres Mal mit dünnerer Wicklung und kleinerem Wattepinsel einzuführen. Hat sich die Spitze des Stäbchens nur in einer Cervixfalte gefangen, so gelingt es meist durch Zurückziehen und Wiedervorschieben darüber wegzukommen. Bei einer ersten Aetzung lässt man das Stäbchen nur einige Sekunden liegen, während man auf die Aetzung der Cervix (Ectropien, Erosionen) durch Andrücken kleinerer mit Chlorzinklösung getränkter Wattebäuschchen, falls von dem Stäbchen nicht genug übergeflossen sein sollte, längere Zeit ($^1/_2$—1 Minute) verwenden kann. Dann

völlige Abtupfung und Einlegung eines Jodoform-glycerin-tampons oder eines Bausches von Jodoformgaze in die Scheide. Heftigere Koliken von stundenlanger Dauer kamen nur in ein paar Fällen vor ohne jeden sonstigen Nachteil, trotz des allarmierenden Bildes, den der Zustand (Blässe, kühle Haut, kleiner Puls, Erbrechen) darbieten kann. Ich kann sogar versichern, dass ich es selbst nicht ein Mal gesehen habe; in dem einzigen Falle, wo ich zu der Patientin deshalb in die Wohnung gerufen wurde, war der Anfall vorbei, als ich eintraf. Schwächere Koliken, leichte Ohnmachten kommen wenige Minuten oder etwas längere Zeit (½—1 Stunde) nach der Aetzung öfter vor. Ich lasse daher, wo ich nur darauf Verdacht habe, die Patienten sofort sich flach auf ein Sopha legen, besonders Auswärtige, die ich auch nicht eher fortlasse, als bis ich sicher bin, dass keine Reaction erfolgt. Schliesslich kann man raten, nach Hause zu fahren und sich den Rest des Tages hinzulegen. Die Wenigsten thun es.

Solche Koliken u. s. w. kommen nach jeder Art von intrauteriner Behandlung vor, erst recht nach Injectionen mit Braun'scher Spritze.

Vorzeitige und verstärkte Menstruation (geringe ausserzeitige Blutungen) können nach Stäbchen-Aetzung sich einstellen. Stärkere Blutungen, worüber Düvelius[1]) berichtet, habe ich nicht erlebt, ebensowenig spätere Stenosenbildung, was ihn und auch A. Martin (s. Kochenburger) veranlasste, die Chlorzink-Aetzung ganz aufzugeben. Düvelius motivierte dies ganz richtig damit, dass „durch die häufiger vorgenommenen Aetzungen grössere Substanzverluste durch Abstossung der verschorften Abschnitte wahrscheinlich erschienen." Nicht nur wahrscheinlich, sondern gewiss. Warum kam er aber nicht auf den so naheliegenden Ausweg der seltneren Aetzung?

1—2 Mal in der Woche, oder nur 1 Mal (Broese) ist, wie ich in meiner oben citierten Arbeit nachgewiesen habe, zu oft: die Aetzperiode der 50%igen Chlorzinklösung beträgt 14—16 Tage, allerkürzestens 12 Tage. Hält man diese Frist ein, so bekommt man niemals weder schwere Blutungen noch Stenosen.

Das Hauptbereich der klinischen Chlorzink-Aetzung bilden die oft äusserst heftigen, langanhaltenden und recidivirenden climacterischen Blutungen.

Meist pflege ich hier, nach Laminaria-Erweiterung erst den Uterus auszutasten, dann mit der Récamier'schen Curette, die ich bevorzuge, auszuschaben. Der Uterus wird nie mit Gaze ausgestopft. Nach 3—4 Tagen wird er, wenn angängig mittels des noch eine Spreizung der Cervix leistenden Doléris'schen Spülrohres, ausgespühlt und ausgetupft. Hierauf werden, hier unter Fixation der vorderen Muttermundslippe mittels Kugelzange, nach einander zwei dicker bewickelte, stark mit der Chlorzink-Lösung getränkte Aetzstäbchen, das erste in Richtung nach der einen, das zweite (nach Herausziehung des ersten) in Richtung nach der anderen Tubenecke rasch eingeschoben und etwas länger liegen lassen, als

1) Zur Chlorzink-Anwendung. Centralbl. f. Gyn. 1892 No. 46.

bei ambulanter Aetzung. Trotz solcher viel energischerer, doch nur einmaliger Cauterisation habe ich danach niemals Shock-Erscheinungen noch Stenosen auftreten sehen. Seit ich dieses Verfahren übe, habe ich noch keinen einzigen Fall wegen Recidivs der Blutungen nochmals in die Klinik aufnehmen müssen.

Kam es doch ein Mal wieder zu einer Menorrhagie, so wurde nur — das Uterus-Innere war ja meist von früher bekannt, die ausgeschabte Schleimhaut mikroskopisch untersucht und gutartig befunden — noch eine ambulante Chlorzink-Aetzung nachgeschickt.

Es lässt sich also gerade bei diesen sonst so vexierenden climacterischen Blutungen, wogegen man die Dumontpallier'sche Chlorzinkpaste am häufigsten anwandte, durch eine einfache, unschädliche und doch energische Chlorzink-Behandlung ein Dauer-Erfolg erzielen. —

Wenn ich in Vorstehendem Manches vorbrachte, was sowohl Andere wie ich schon früher äusserten, so geschieht es, weil ich damit beitragen wollte, die Technik einer der alltäglichsten gynaekologischen Encheiresen, der intrauterinen Aetzung, so wie ich sie für richtig und zweckmässig halte, weiter auszubreiten.

Nach meiner Ueberzeugung sollte die intrauterine Aetzung mittels des weichen, biegsamen Silber-Aetzstäbchens getränkt mit der Rheinstädter'schen Chlorzinklösung oder, je nach Indication, anderen flüssigen Aetzmitteln (Sol. Arg. nitr., Ti. Jodi, Ferripyrin, Carbol-Alcohol, Itrol, Argonin etc. etc.) Gemeingut der Aerzte werden, auch vermöge der Leichtigkeit und absoluten Gefahrlosigkeit ihrer Handhabung, was man — für den Praktiker — weder von der Braun'schen Spritze noch vom Curettement aussagen kann.

VI. Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Dr. F. Schnell: „Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera".

Bd. IV, Heft 8 dieser Monatsschrift.

Von

P. WENDELER

in Berlin.

Der von Herrn Kollegen Schnell geschilderte Fall einer puerperalen Erkrankung mit rapidem Verlauf und relativ frühzeitiger Gasentwickelung in den Geweben der Leiche dürfte wohl am treffendsten als „Sepsis acutissima" angesprochen werden.

So selten wie es nach dieser vereinzelten Veröffentlichung erscheinen mag, ist nach meinen Erfahrungen diese Erkrankung doch nicht.

Ich erinnere mich, dass während meiner Thätigkeit als Assistent am pathol. Institut der Universität Kiel wiederholt Frauenleichen von mir oder anderen Kollegen seciert wurden, bei

welchen ungewöhnlich frühzeitige und ausgedehnte Gasbildung in den meisten Körpergeweben auffiel. Stets hatte es sich um sehr schwere, schnell letal verlaufende septische Erkrankungen im Wochenbett oder nach Aborten gehandelt.

Besonders lebhaft erinnere ich mich eines Falles, in welchem wegen septischen Abortes das Curettement ausgeführt worden war. Bei der Operation hatte eine Perforation des Uterus stattgefunden. Die Erscheinungen, unter welchen schnell darnach der Exitus letalis eingetreten war, liessen die behandelnden Aerzte an eine Verblutung in die Bauchhöhle denken. Bei der Obduktion fand sich kein Tropfen Blutes in ihr. Ausser einer ganz leichten schmutzig grau gelblichen Verfärbung der Körpergewebe (Haut, Sclera, Gehirn) gab allein die starke frische Milzschwellung den Hinweis auf die Art der Erkrankung. Aus ihr wurden neben anderen Mikroorganismen Streptokokken gezüchtet. Bei der etwa 2 Stunden p. m. ausgeführten Autopsie waren Gasblasen noch nicht in den Geweben gefunden worden, aber schon wenige Stunden danach fiel mir die schnell fortschreitende Fäulnis der Leiche auf.

In einem andern Falle fand sich bei der sehr bald nach dem Tode ausgeführten Sektion bereits eine so ausgedehnte Gasentwickelung, dass Teile von Leber und Milz im Wasser schwammen und auch Hirnsubstanz sowie Muskulatur und Unterhautzellgewebe von zahlreichen Gasblasen durchsetzt waren. Ebenso fanden sich in den Gefässen und unter den serösen Häuten der Intestina an vielen Stellen Gase in kleinen Bläschen angehäuft. Auch hier hatte es sich um eine puerperale septische Erkrankung mit schnellem tötlichem Verlauf gehandelt. In Ausstrichpräparaten aus der Mitte verschiedener Organe fanden sich auffällig dicke grosse stäbchenförmige Bakterien. Aehnliche Bakterienbefunde habe ich wiederholt bei analogen Fällen frühzeitiger Gasentwickelung gemacht. Meist fanden sich diese Bakterien scheinbar ohne Beimengung anderer Mikroorganismen; einige Male waren sie mit anderen vergesellschaftet. Leider habe ich es bisher versäumt, eine genaue bakteriologische Untersuchung auszuführen oder zu veranlassen.

Von besonders hervorragendem Interesse sind zwei Fälle von Sepsis acutissima, die ich als Assistent der Prof. A. Martinschen Anstalt beobachten konnte, bei welchen es noch bei Lebzeiten der Kranken zu Gasentwickelung in einzelnen Geweben kam. Die eine Kranke wurde wegen septischen Abortes in desolatem Zustande in die Anstalt aufgenommen. Es handelte sich um eine sehr fettleibige Frau, die mit einem Nabelbruch mit darin adhärentem Netz behaftet war. Beim Betasten des Nabelbruches gelegentlich der sofort vorgenommenen Ausräumung des Uterus fühlte ich ein eigentümliches Knistern, von dessen Vorhandensein sich auch andere anwesende Kollegen überzeugten. Schon, wenn ich mich recht erinnere, 1—2 Stunden nachher war der Tod unter ähnlichen Erscheinungen eingetreten, wie Kollege Schnell sie schilderte. Bei der frühzeitig ausgeführten Autopsie konnte ich mich überzeugen, dass meine Annahme, dass es sich um Sepsis acutissima mit

Entwickelung von Fäulnisgasen schon bei Lebzeiten gehandelt hatte, richtig war.

Die andere Kranke, welche ich erwähnte, habe ich nur ein Mal in der geburtshülflichen Poliklinik gesehen. Ich weiss nicht mehr, ob es sich um rechtzeitige oder um Fehlgeburt gehandelt hatte, die bereits septisch infiziert in Behandlung kam.

Als ich die Kranke post partum sah, war die eine untere Extremität stark angeschwollen, wie bei Thrombose der Vena femoralis und ziemlich unempfindlich.

Drückte man die teigig anzufühlenden Weichteile ein, so fühlte man an vielen Stellen ein leichtes Knistern, wie von Gasblasen. Auch diese Kranke erlag schnell ihrem Leiden.

Ich erinnere mich nicht, dass in einem der zu meiner Kenntnis gekommenen Fälle Tympania uteri beobachtet worden ist.

Nach meiner Auffassung kann es sich bei diesen Erkrankungen lediglich um ein Eindringen von gasbildenden Organismen (vielleicht Bacterium coli?) in das Gefässsystem von den vorhandenen Wunden aus handeln. Wenn das erkrankte Individuum in seiner Widerstandsfähigkeit herabgesetzt ist, vielleicht auch, wenn die Invasion eine massenhafte war, denke ich mir, wird eine Vermehrung der Organismen statthaben und durch ihre Stoffwechselprodukte der schnelle Tod der Kranken herbeigeführt werden. Nach eingetretenem Tode wird eine weitere ungehinderte schnelle Vermehrung der Mikroorganismen, die auf dem Wege der arteriellen Bahnen bereits in abgelegenere Gebiete verschleppt worden sind, und somit Gasentwickelung auch in kompakteren Körperorganen schon nach verhältnismässig kurzer Zeit stattfinden.

Der Name „Sepsis acutissima“ scheint mir zur Bezeichnung des in Frage kommenden Krankheitsbildes ausserordentlich zutreffend.

Dass es sich um ein allmäliges Eindringen atmosphärischer Luft handelt, halte ich bei den von mir beobachteten Fällen für ausgeschlossen. Es scheint mir durchaus nicht unmöglich, dass bei den besonders schnell verlaufenden Fällen Temperaturerhöhungen fehlen können (verlaufen doch auch einzelne „septische Peritonitiden“ ganz oder nahezu ganz ohne Fieber), so dass der rasche Verfall der Kräfte in der That an eine innere Verblutung erinnern mag.

Ich glaube nicht fehl zu gehen, wenn ich auch den Fall des Herrn Kollegen Schnell unter die Kategorie der Sepsis acutissima zähle.

VII. Zum Aufsatze A. Mueller's „Die Ballondilatation der Cervix und Scheide"

(Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. IV. 5).

Von

E. WERTHEIM.

Wien.

Am Schlusse seines Aufsatzes über die Ballondilatation giebt Mueller einen geschichtlichen Ueberblick über die Anwendung von Kautschukballons in der Geburtshilfe. Hierbei macht er einen Sprung vom Jahre 1851, in welchem Karl Braun die vaginale Kolpeuryse empfohlen hatte, bis zum Jahre 1887, in welchem Jahre Maurer (Centralblatt f. Gyn. pag. 393) für die Einlegung des Kolpeurynters in den Uterus und die Application von Zug an demselben eintrat.

Die in der Zwischenzeit, im Jahre 1883, erschienene Arbeit Schauta's (Centralblatt f. d. ges. Therapie I) übergeht er vollständig. Allerdings muss zugegeben werden, dass der Ort, an dem diese Arbeit erschien, ein ziemlich verborgener ist, aber Schauta hat späterhin wiederholt Gelegenheit genommen, die in jener Arbeit aufgestellten Principien zu vertreten und dem Fachpublicum zugänglich zu machen: so z. B. in der 1. Auflage seines Lehrbuches der operativen Geburtshilfe, welche im Jahre 1886 erschienen ist, ebenso in den späteren Auflagen dieses Werkes und endlich in jüngster Zeit in seinem Lehrbuche der gesammten Gynäcologie. Jene Arbeit leitet die moderne Entwicklung der Anwendung von Kautschukballons in der Geburtshilfe ein, indem Schauta in derselben als der Erste die Einlegung grosser Kautschukblasen (wie es eben der Braun'sche Kolpeurynter ist) in den Uterus empfohlen hat.

Allerdings sind schon vor Schauta Blasen aus Gummi oder Kautschuk intrauterin angewendet worden; Tarnier hat seine Methode schon 1862 (Gaz. des hôp. Novbr. 1862) publiciert und das Verfahren von Wahlbaum stammt aus dem vorigen Jahrhundert. Aber hierbei handelt es sich nur um kleine (höchstens hühnereigrosse) Blasen und ihre Anwendung sollte zur Einleitung der Frühgeburt oder zur mechanischen Erweiterung des Muttermundes dienen. Die Idee Schauta's aber war es in erster Linie, durch die intrauterine Application des Braun'schen Kolpeurynters die vorzeitig gesprungene Fruchtblase zu ersetzen, in zweiter Linie die Erweiterung des Muttermundes bei schon vorhandenen Wehen zu beschleunigen. Wie richtig Schauta schon damals den Wert dieser Methode abschätzte, geht daraus hervor, dass er eine Reihe von Indicationen präcisierte, welche seither allgemein anerkannt worden sind: vorzeitiger Blasensprung bei Querlage und beim engen Becken, Vorfall der Nabelschnur oder einer oberen Extremität bei

engerem Orificium, Wehenschwäche und Placenta praevia partialis waren die von ihm aufgestellten Anzeigen.

Den Zug an dem intrauterin applicierten Kolpeurynter hat Schauta allerdings damals noch nicht gelehrt. Derselbe ist sicher als eine Verbesserung der Methode zu bezeichnen, weil er eine viel raschere Erweiterung der weichen Geburtswege herbeiführt und weil er, wie sich gezeigt hat, die Methode zu einem der sichersten Mittel zur Einleitung der Frühgeburt macht. Dadurch ist das Anwendungsgebiet derselben noch bedeutend erweitert worden, indem zu den schon von Schauta präcisierten Indicationen noch alle jene hinzukamen, die auf der Nothwendigkeit einer möglichst raschen Entbindung im Interesse der Mutter oder des Kindes basieren.

Den Anstoss zur Anwendung des Zuges hat Mäurer mit seinem Falle gegeben und Dührssen's Verdienst ist es, mit allem Nachdrucke auf den Werth dieses Verfahrens wiederholt hingewiesen zu haben. Unbestreitbar ist aber Schauta derjenige, der die intrauterine Application grosser Kautschukballons zuerst und im vollen Bewusstsein des Werthes dieser Methode empfohlen hat. Und deshalb glaube ich nicht zu weit zu gehen, wenn ich behaupte, dass Schauta als derjenige bezeichnet werden muss, der die moderne Anwendung von Kautschukballons in der Geburtshilfe inauguriert hat. Ihm muss daher in einem geschichtlichen Ueberblicke der Entwicklung dieses Verfahrens ein hervorragender Platz zugewiesen werden und als Schüler Schauta's fühle ich die Verpflichtung, dies mit Bezug auf die im Allgemeinen so verdienstvolle Arbeit Mueller's nachdrücklich hervorzuheben.

Geschichtliches.

Leitung von Geburt und Wochenbett vor dreihundert Jahren.

Von

Dr. RICHARD LANDAU

Nürnberg.

Die Geschichte der Geburtshilfe ist innerhalb der allgemeinen Geschichte der Medicin eines der merkwürdigsten und anziehendsten Kapitel. Während wir heute in der richtigen Erkenntnis, dass wir es bei der Gebärenden mit der Fürsorge und der Obhut über zwei Menschenleben zugleich zu thun haben, jeder falschen Schamhaftigkeit abhold streben, durch eine gewissenhafte und sorgfältige Hebeammenausbildung und durch ein Vertrautmachen des Arztes mit allen normalen und abweichenden Vorgängen beim Geburtsgeschäfte diesem zum Heile von Mutter und Kind wohlgerüstet gegenüberzustehen, haben Jahrhunderte hindurch unangebrachte und verkehrte Anschauungen über Wohlanständigkeit und eine fast unbegreifliche Geringschätzung des kindlichen

Lebens dahin geführt dass die Geburtshilfe zu einem geradezu roh ausgeübten Handwerke unwissender Weiber herabsank. Keinem Manne war es möglich, aus eigner Anschauung und Beobachtung der natürlichen Geburtsvorgänge einen Massstab für das Handeln in abweichenden Fällen zu gewinnen; kein Arzt, so durchdringend sonst sein Verstand, so umfassend sonst seine Kenntnisse waren, vermochte mangels dieser Möglichkeit die Geburtshilfe zur Höhe der Wissenschaft zu erheben und den Kreis der hilfreichen Thätigkeit in den schwersten Lebensstunden des Weibes irgendwie nutzbringend zu erweitern. Kam die Hebeamme mit ihren Handgriffen nicht zum gedeihlichen Ende, erwiesen sich die vom Medicus erbetenen Arzneien, die dem Aberglauben oft mehr ihr Dasein verdankten, als der Vernunft, oder die besonders zur Zeit der Mönchsmedicin üblichen heiligen Sprüche und Gebete wirkungslos, so kam als ultimum refugium der Chirurgus mit seinen scharfen Haken, seinen Sichelmessern u. s. w. und wusste nur durch die grausamsten Zerstückelungen der Frucht — wie es dabei der Mutter erging, ist unschwer zu vermuten — die zögernde Geburt zu Ende zu bringen. Kein Wunder also, dass gerade die besten Söhne Äsculaps sich diesem unfruchtbaren Arbeitsfelde mehr und mehr entfremdeten, dass Jahrhunderte hindurch kein die Geburtshilfe besonders abhandelndes Buch in der alten Litteratur zu finden ist. Erst im sechtzehnten Jahrhundert drangen in diese tiefe Nacht die erlösenden Strahlen des Morgenrots. Zwar hielt auch damals Prüderie und Unvernunft den wissenschaftlich gebildeten Arzt vom normalen Geburtsvorgange zurück; aber seit Eucharius Rösslin auf Anregung einer deutschen Fürstin in seinem „Rosengarten" den deutschen Hebeammen, denen er selbst Unwissenheit und „so vil Mort" vorwirft, ein Lehrbuch in die Hand gegeben hatte, das in zahlreichen Auflagen, Übersetzungen und Nachahmungen sich rasch verbreitete, seit durch den grossen Ambroise Paré die schon von Celsus empfohlene, aber fast nie ausgeübte Wendung auf die Füsse der Geburtshilfe als fester Bestand eingefügt wurde, seit endlich François Rousset den Kaiserschnitt an der Lebenden „sans préjudicier à la vie de l'un, ny de l'autre, ny compescher la foecondité par aprés"[1]) als gerechtfertigt begründet und empfohlen hatte, erwachte doch ein so lebhaftes Interesse an dem vernachlässigten Fache unter den Ärzten, dass damit der Same zu den Errungenschaften des siebzehnten und achtzehnten Jahrhunderts, welche erst die wissenschaftliche Geburtshilfe zu begründen vermochten, ausgestreut war.

Am deutlichsten giebt sich jenes fruchtbringende Interesse in den Sammlungen der bis dahin gewonnenen geburtshilflich-gynäcologischen Kenntnisse seitens promovierter Ärzte, in den sogenannten Gynäcien (Wolf, Bauhin, Spach), kund, und vor allem in dem umfassenden gynäcologischen Werke des Roderich a Castro, betitelt „De universa mulierum medicina", das zuerst 1603 in Hamburg, dem Wir-

[1]) Diese Worte enthält der Titel des seltenen Buches, den E. C. J. von Siebold in seinem „Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe" II. Band, p. 102, 1845 angiebt.

kungsorte des hochgefeierten Arztes[1]) erschien und dann wiederholt aufgelegt wurde. „Wenn er es gleich verschmähte", sagt von ihm Siebold, „Geburtshilfe selbst auszuüben, und da, wo Hebeammen den Fällen nicht gewachsen waren, die Hinzuziehung eines Chirurgen empfahl, so enthält sein Werk dennoch eine vollständige Darstellung der Geburtshilfe, wie solche zu seiner Zeit beschaffen war, und gestattet uns daher einen interessanten Überblick des damaligen Zustandes dieses Fachs[2])."

Die besonders interessanten Zeitverhältnisse in Verbindung mit der Wertschätzung dieses Autors durch seine Zeitgenossen und in Hinblick auf jenes Urteil über ihn aus dem Munde des Klassikers unter den Geschichtsforschern der Geburtshilfe müssen es als gerechtfertigt erscheinen lassen, sich in sein Werk noch heute zu versenken. Da es mir aber nicht beikommen kann, das ganze Werk, soweit es sich auf Geburtshilfe bezieht, hier zu entwickeln, begnüge ich mich anzuführen wie Roderich a Castro die normale Entbindung und das normale Wochenbett geleitet wissen will. Wie schon betont, ist die Kenntniss des natürlichen Verlaufs die Grundlage für alle Hilfe in der Not, und andererseits ist, wie ebenfalls schon hervorgehoben wurde, gerade deshalb bis zur Zeit unseres Autors die Geburtshilfe so fruchtlos gewesen. weil man diesen normalen Vorgängen fremd gegenüberstand.

Es ist, um das vorauszuschicken, richtig, dass Roderich a Castro nicht selbst Geburtshilfe betrieb, sondern noch in der altgewohnten Anschauung von dem Unschicklichen dieses Faches verharrte. Er schreibt ausdrücklich vor, zu Beginn der Geburt eine kluge, in Weiberkrankheiten erfahrene und in Geburtshilfe bewanderte Hebeamme zu rufen und fügt hinzu „nam haec ars viros dedecet", also fast wörtlich das Urteil von Le Bon, einem französischen Arzte kurz vor Castro, dessen „Therapia puerperarum" im zweiten Capitel „ut regendae parturientes" beginnt: „cum a parturiendi laboribus vexari coeperit, advocanda obstetrix prudens et in ea parte apprime edocta — haec enim ars viros dedecet." [3]) Wie weit aber die an so unpassender Stelle geäusserte Schamhaftigkeit der Frauen von damals ging, erhellt aus der ausdrücklichen Ermahnung Castro's, dass weder die Gebärende, wenn die Hebeamme den Austritt des Kopfes beobachten will und zu diesem Zwecke die Schamlippe auseinanderzieht, sich verhüllen dürfe, noch die Hebeamme ihr Antlitz abwenden solle!

Den Partus definirt Roderich a Castro als „foetus editio"; den partus naturalis aber als „consummati praefectique foetus justo tempore et figura in lucem emissio. Fünf Bedingungen erfordert dieser normale Partus: 1. Fortbewegungsfähigkeit der Frucht. 2. Ablauf der Schwangerschaft. 3. Richtige Haltung der Frucht. 4. Leichter Verlauf der Entbindung und 5. Vollkommene Entleerung der Gebär-

[1]) Vergl. die zahlreichen Lobgedichte seiner Zeitgenossen (Elias Putsch, L. Nonnius etc.), welche R. Finkenstein, Dichter und Aerzte, Breslau 1864, p. 102/103 mitteilt. —

[2]) v. Siebold, l. c. II p. 121

[3]) Le Bon's Schrift ist in den Gynäcien Caspar Bauhin's vom Jahre 1586 enthalten; den angeführten Passus teilt von Siebold, l. c. pag. 116, Band II mit.

mutter. Reif ist der Foetus, wenn er seit der Conception mit 90 Tagen Bewegung annahm und mit 135 Tagen volle Bewegungsfähigkeit erlangt hatte. Der rechte Termin der Entbindung fällt in die Zeit vom ersten Tage des neunten Monats bis zum zehnten des zehnten Monats. Die richtige Haltung hat die Frucht, wenn der Kopf vorangeht und die längs der Hüften ausgestreckten Arme ihm folgen. Leichten Verlauf muss man mässige Schmerzen nennen, der Art, dass sie weder Mutter noch Kind gefährden und das Kind in kurzer Frist an das Licht befördern. Die Entleerung der Gebärmutter endlich ist gehörig, wenn weder etwas von der Nachgeburt zurückbleibt noch die Lochien zurückgehalten werden oder umgekehrt zu reichlich fliessen.

Die Ursachen des normalen Geburtseintritts sind seitens des Uterus das Bestreben, die ausgetragene Frucht durch seine austreibenden Kräfte auszustossen, um sich so an seinem Umfang und an seinem Gewicht zu entlasten und seitens des Foetus die Enge seines Aufenthaltsraumes und der Mangel an Nahrung, sowie das Bedürfniss nach Abkühlung; diese drei Momente veranlassen ihn, sich lebhaft zu bewegen, besonders mit den Fersen zu stossen, die Eihäute zu zersprengen und so, der Fesseln ledig, auszutreten. Doch den tiefsten ursächlichen Zusammenhang des Geburtseintrittes kennt, wie die Aerzte eingestehen müssen, nur allein Gott.

Anzeichen der bevorstehenden Niederkunft sind heftige Schmerzen unterhalb des Nabels, die bis zu den Leistengegenden und von da nach den Lendenwirbeln ausstrahlen, Senken der Gebärmutter nach abwärts und schmerzhafte Anschwellung der Genitalien. Es packt dann den Körper, wie im Fieberschauer, und das Gesicht rötet sich. Der Leib erscheint in seinen oberen Partieen schlanker. Der palpierende Finger findet nun das Ei am Muttermunde, der gerade gestreckt erscheint. Drang zum Urinieren stellt sich ein; oft fliesst Flüssigkeit ab, erst wenig, dann viel und zwar im Beginne Blut, welches bei Knabengeburten unvermischt, bei Mädchengeburten jedoch mehr wässrig ist.

Prognostisch kann man eine rasche Entbindung versprechen, wenn die Kreissende von den Wehen derb durchschüttelt wird, eine langsame, wenn sie heftigen Lendenschmerz empfindet. Tritt die Frucht mit der Glückshaube („mit verhülltem Haupte") aus, so ist das ein Beweis von Kraft seitens Mutter und Kind.

Hilfe braucht die Kreissende vor der Geburt, während derselben und darnach. Zunächst hat die Hebamme dafür zu sorgen, dass die vor der Entbindung stehende Frau sich nicht mit reichlicher Nahrung beschwert, wozu die meisten Neigung haben; doch die Verarbeitung der Nahrung entzieht dem Körper Wärme und, so lange der Magen verdaut, kann die Gebärmutter nicht kräftig austreiben. Zweitens darf die Hebamme den Uterus nicht zerren, sondern ihn nur leicht und sanft mit geölten Fingern betasten. Drittens hüte sie sich sehr sorgfältig davor, die Gebärende zur Verarbeitung der Wehen aufzufordern, bevor noch die vorgenannten Anzeichen des Geburtsbeginns sich zu erkennen geben, besonders, bevor der Muttermund gerade gestreckt und geöffnet gefunden wird und ehe Flüssigkeit abgeht. Weiter hat die Hebamme

eine passende Lagerung anzuordnen: die Frau soll weder flach liegen, noch sitzen, sondern mit wenig aufgerichtetem und erhöhtem Rücken, in welcher Stellung die Athmung freier ist und die Frau sich kräftiger aufstützen kann, gelagert werden; die Schenkel soll sie im Knie gebeugt spreizen, die Fersen gegen das Gesäss hin etwas zurückziehen; das Gesäss muss etwas erhöht liegen, die Arme müssen sich auf die Querwände des Lagers aufstemmen. In manchen Gegenden freilich kommen die Frauen stehend nieder; indem sie sich auf das Fussende des Bettes oder auf einen Stuhl stützen. Besonders in Frankreich und Deutschland sind niedrige Geburtsstühle mit halbmondförmigem Ausschnitt im Gebrauch. Sowohl zu Beginn der Geburt, als während derselben darf, falls nicht Sommer ist, das Zimmer nur mässig eingeheizt sein; bei allzuhoher Zimmertemperatur erschlafft das Weib und wird kraftlos. Daher muss auch frische Luft zugeführt werden durch Oeffnen der Fenster. Nachdem die Frau in entsprechender Weise gelagert und der Rücken mit Decken gut unterstützt worden war, setzt sich die Hebamme vor die Gebärende auf einen niedrigen Stuhl, damit sie von oben her das Kind heranziehen und die Fortbewegung desselben beobachten kann. Dabei soll sie die Gebärende mit Rat und Zuspruch versorgen, soll sie mit Speise und Trank erquicken und ihr die Aussicht auf einen Knaben zu Gemüte führen, weil sich darüber beinahe alle Frauen freuen. Schenkel, Bauch und Vulva sollen mit süssem Oel und mit Oel von weissen Lilien gesalbt werden; auch ihre eigenen Finger muss sie gut einölen, wenn sie die Schamspalte auseinanderzieht und die Theile zart betastet oder nachschaut, ob Blut abgeht. Alle beengenden Bänder müssen von der Kreissenden entfernt werden. Während der Wehen soll sie den Athem möglichst anhalten, Mund und Nase schliessen und nicht schreien; erst, wenn sich die Mutter öffnet, darf sie das thun; wenn sie sich schliesst, muss sie es unterlassen und darf sich nicht nutzlos ermüden, dass nicht Hitze und Blutwallung aufsteige oder sich gar Frucht und Uterus umkehre, wie es schon beobachtet wurde. Auch sollen erfahrene Frauen, die selbst schon wiederholt geboren haben, oder der Ehemann die Frucht mit flach aufgelegten Händen nach abwärts drängen. Schwinden während der Wehen die Kräfte, ist die Frau mit Wohlgerüchen und mit Wein und Braten neu zu kräftigen; Verstopfung erheischt ein Klystier. Wenn dann das Kind durchzuschneiden beginnt, soll es die Hebamme mit ihren Händen in einem dünnen, etwas angewärmten Leinentuche in Empfang nehmen und darauf achten, dass es nicht zu plötzlich herausschiesst, damit sein Köpfchen keine Erschütterung erleide oder ein anderer Körperteil Schaden erfahre. Ein gleichzeitiges Austreten der Nachgeburt muss die Hebamme zu verhüten suchen; doch wenn sie zögert, auszutreten und mit ihren Häuten irgendwo festhaftet, soll sie mit gutgeölter Hand in den Fundus eingehen und sie herausziehen; ist die Nachgeburt dort gar angewachsen, dann muss sie zuerst sanft und ohne Gewalt seitwärts gezogen und dann durch drehende Bewegung allmählich stärker herabgezogen werden.

Ist so die Geburt beendet, so fällt der Hebamme die Besorgung des Neugeborenen zu, die Sorge um die Mutter aber den übrigen zur Hilfeleistung anwesenden Frauen.

Die Wöchnerin wird in einem verdunkelten Zimmer mit gespreizten Schenkeln zu Bett gebracht, damit der Ausfluss nicht gehemmt wird.

Sie wird, damit sie nicht von übergrosser Feuchtigkeit wund werde, erst mit einem Schwamm, dann mit sauberen Leinentüchern abgewischt und dann mit warmen Decken bedeckt, welche öfters zu wechseln sind, damit sie keinen Geruch anziehen. Bauch und Scham werden mit Kümmelöl, dem etwas Wein zugesetzt ist, bestrichen. In Portugal binden sich die Frischentbundenen über den Nabel eine zweihandbreite Binde, damit ein stärkerer Druck auf den Uterus die Lochien ableite und den Eintritt kalter Luft verhüte, der in den ersten Tagen Schaden bringt, indem sich der eben entleerte Uterus mit Gasen anfüllt, geschwulstartig anschwillt und an sogenannter Suffocatio mit den Erscheinungen von Leibschmerz, Fieber und vielen anderen schlimmen Symptomen erkrankt. Die nördlichen Völker verwerfen umgekehrt das Binden, damit die Teile freier für den Abfluss seien. Wenn die Wöchnerin so gebettet ist, bedarf sie der Speise, zunächst flüssiger, um die verlorenen Kräfte zurückzugewinnen. Sofort kann sie erhalten süsse Mandelmilch oder Rheinwein mit Eigelb, Zimmt und Zucker, was die Franzosen „Chaudeau" nennen; gebraucht man spanischen Wein, muss man Wasser zusetzen. Die Portugiesen bereiten aus Brotbrocken mit Ei, Zimmt und Honig oder Zucker ihre „facias" und lassen davon Wöchnerin und die anwesenden Verwandten geniessen; in einigen Gegenden Deutschlands trinken die letzteren zur Geburtsstunde einige Maass Wein. Geschwächten Wöchnerinnen kann man auch Hühner- und Kapaun-Brühen, die mit Schoten und mit Safran zubereitet sind, reichen. Getränk soll mit Zimmt, Citronenschale und Frauenflachs abgekochtes Wasser oder Bier sein; in Deutschland ist leicht mit Brod und Zucker aufgekochtes, warmes Bier, das die Milchmenge befördern soll, in Belgien aber Wein gebräuchlich — beides muss man bei Leibschmerz oder zu starker Milchabscheidung vermeiden. Fleisch soll die Wöchnerin in den ersten beiden Tagen nicht erhalten. Ja, Hippokrates und Galen rieten, vor vollendeter Reinigung der Gebärmutter höchstens Huhn und Kapaun in grösseren Portionen geniessen zu lassen.

Treten nach der Entbindung heftige Schmerzen im Leibe ein, was auch beim Partus naturalis vorkommt, so muss die Hebamme innerlich untersuchen; bisweilen fördert sie in solchen Fällen Blutgerinnsel oder fleischähnliche Massen, die zurückgehalten wurden, heraus. Manche lassen zur Linderung der Schmerzen die noch warme Nachgeburt auf die Nabelgegend auflegen; andere umwickeln den Leib mit einem eben abgezogenem lebenswarmem Hammelfell [5]).

Liegen soll die Wöchnerin nach einer Knabengeburt dreissig, nach einer Mädchengeburt vierzig Tage, d. h. die ganze Zeit, welche nach Hippokrates zur Reinigung der Gebärmutter benötigt wird. Lässt sich diese Regel nicht durchführen, muss sich die junge Mutter wenigstens diese Zeit über vom Verkehr mit ihrem Manne fernhalten. Kräftige Frauen sind freilich oft nach acht Tagen genugsam gereinigt, um aufstehen zu können; die Lochien fliessen dann nicht mehr dauernd, sondern nur noch mit etwa viertägigen Pausen.

---

[5]) Jaques Guillemeau, der Zeitgenosse des Roderich a Castro und Schüler von Ambroise Paré (gest. 1609), gab diesen Rat ganz allgemein für jede Wöchnerin: „Gleich nach der Geburt soll der Leib der Wöchnerin in ein frisch abgezogenes Hammelfell gehüllt, nach zwei bis drei Stunden, aber mit einer Binde umgeben werden." v. Siebold, l. c. II, pag, 86.

Nun zurück zum Neugebornen! Um ihn mühen sich in gesunden und in kranken Tagen seine Amme, seine Mutter und die Hebamme — „nam medici ad haec raro accersuntur"! Nach der Entbindung wird das Kind durch Durchschneiden der Nabelschnur, drei Fingerbreiten vom Nabel entfernt, abgenabelt; der Nabelschnurrest ist zu unterbinden und die Schnittfläche mit einem Pulver, das aus Thon, Drachenblut, Sarkokolla, Myrrha und Kümmel zu gleichen Teilen, also wesentlich aus mineralischer Erde und Pflanzenharzen besteht, zu bestreuen und mit weicher, in Olivenöl getauchter Wolle zu verbinden. Darauf wird das Kind gebadet und mit Olivenöl eingesalbt, damit seine Haut widerstandsfähig gegen äussere Einwirkungen werde; dabei sind die Nates sanft zu entfalten, um eine etwaige Atresia recti zu erkennen; die Blasengegend soll mit der Hand bestrichen, auch die Scham mit Süssmandelöl eingerieben werden, um das Urinieren zu erleichtern. Die Augen werden nur mit einem ganz feinen Leinewand- oder Seidenfleckchen abgetupft. Betasten des Afters führt raschere Stuhlentleerung herbei, und das ist von Vorteil, weil die Neugeborenen im Magen einen Teil des Menstrualblutes ihrer Mutter bergen, von dem sie im Uterus sich ernährt haben und Retention dieser von den Spaniern ferrado, von den Italienern „collostro" genannten Massen, Epilepsie, Variola und andere tötliche Krankheiten verursacht. Um noch sicherer diese sofort erwünschte Stuhlentleerung zu erzielen, soll das Kind sogleich ein ganz klein wenig Honig oder eine Mischung von Honig, frischer Butter und Myrrhe erhalten, doch nicht, wie es Aerzte und Hebammen zumeist belieben, Theriak oder Mithridat, weil diese stärkeren Mittel der zarte Organismus nicht verträgt. Honig als erste Nahrung und dann erst Milch hat Paulus[6]) empfohlen, während manche in den ersten vierundzwanzig Stunden dem Honig eine Mischung von Sirupus Violarum mit Süssmandelöl oder frischer Butter vorziehen. Kann man nicht sofort eine Amme für das Kind auftreiben, so ist es am besten dasselbe drei bis vier Tage durch diese Mischung zu ernähren; denn in diesen Tagen hat die Mutter selbst nur das sogenannte Collostrum (d. i. „lac puerperae tribus primis diebus confectum ex menstruo futuro sanguine, non tamen adhuc bene repurgat"). Die Brustnahrung soll das Kind 18—20 Monate empfangen; erst, wenn die Zähne völlig hervorragen, darf es abgesetzt werden. In Belgien pflegt man 9—12 Monate zu stillen. Jedenfalls schadet vor der Zahnausbildung feste Nahrung, weil sie mangels der Zähne ungenügend vorbereitet in den Magen gelangen würde.

Im Uebrigen müssen die Neugeborenen vor übermässiger Hitze ebenso bewahrt werden, als vor übermässiger Kälte; das Zimmer soll mässig warm gehalten werden. Wenn nach 3—4 Tagen der Nabelschnurrest abgefallen ist, bestreut man den Nabel mit der Asche von Schnecken, oder von verbranntem Blei, oder von Kalbshufen. Das Kind soll in weiche und erwärmte Laken gehüllt werden. Sehr wichtig ist, immer wieder auf die richtige Lagerung der Glieder zu achten und sie durch passendes Einwickeln zu erhalten, weil sonst die Glieder sich ver-

[6]) Paulus von Aegina aus der zweiten Hälfte des siebenten Jahrhunderts, der letzte griechische Schriftsteller, der die Geburtshilfe und Gynäkologie abhandelte, von den Arabern durch den Titel „Alkawabeli", d. i. Geburtshelfer ausgezeichnet; vgl. von Siebold, l. c. I. pag. 232—289.

krümmen und verkrüppeln. An manchen Orten wickelt man die ersten vierzehn Tage sowohl Arme als Beine fest in Leinenbinden, bis sie sich an die rechte Lage gewöhnt haben; jedenfalls sind die Glieder mit der angewärmten Hand zu recken und zu strecken und bis zu den Zehenspitzen hinab zu streichen, um kräftige und gerade Glieder dem Kinde zu sichern. Abgewaschen muss ein Kind täglich zwei- bis dreimal werden, im Sommer lauwarm, im Winter warm; dauern soll jedes Bad so lange, bis sich die Haut rötet. Man darf aber kein Wasser in die Nase fliessen lassen, was dem Gehör schaden würde; dagegen darf man 1—2 Tropfen Süssmandelöl nach dem Bade in die Nase einträufeln. Das gebadete Kind ist sorgfältig abzutrocknen, in gewärmte Leinentücher zu legen und von der Amme, nachdem sie es in Bauchlage auf ihrem Schoss längs des Rückens gestrichen hatte, vorschriftsmässig zu wickeln. Dann wird es gestillt und dabei in den Schlaf gesungen; schlafend wird es mit etwas erhöhtem Köpfchen in die Wiege gelegt stets auf seinem Rücken — denn, wenn es auf der Seite liegt, könnten sich die Knochen verbiegen oder die Gelenkbänder dehnen und der Rücken ist ja „totius corporis basis ac fundamentum"; erst in der Zahnperiode sind die Knochen fest genug, um die Seitenlage zu gestatten. Am Kopfe der Wiege bringt man zweckmässig eine Art Betthimmel an, damit das Auge des Neugebornen sich gewöhnt, einen festen Punkt zu fixieren und nicht unstät hin und her sieht.

Wenn wir diese Lehren des zu Hamburg wirkenden Portugiesen überblicken, so werden wir unschwer zahlreiche Irrtümer entdecken. Man erkennt die Spuren der alten Autoren, z. B. in der Lehre vom activen Anteil des Fötus an der Geburt oder von der Anordnung der Lagerung der Gebärenden mit gegen das Gesäss zurückgezogenen Fersen oder von dem Einölen der Genitalien zur Erleichterung der Geburt oder in der Anweisung, die Ausstossung der Frucht durch den Druck auf den Uterus nach abwärts zu befördern u. ähnl. m. Recht merkwürdig ist auch der Umstand, dass richtige Vorschriften erteilt werden, jedoch mit falscher Begründung: so ist es gewiss zu loben, dass die Hebeamme belehrt wird, ein rasches Durchtreten des Kopfes zu verhüten — doch nicht der ganz unbekannte Dammschutz der Gebärenden ist hierzu Anlass, sondern die Gefährdung des Kindes durch Erschütterung seines Köpfchens! Immerhin mag die Beobachtung dieser Vorschrift ungewollt manchen Dammriss mit seinen Folgen vermieden haben. Im ganzen hält sich a Castro aber frei von gefährlichen Irrlehren und fern von abergläubischem Tand; mit dem denkenden Arzte verbindet sich in ihm der für Mutter und Kind warmfühlende Mensch. Richtig beurteilen kann man ihn natürlich nur, wie jeden anderen, im Rahmen seiner Zeit. In dieser aber ragt er empor als einsame Grösse, als nur zu seltener Stern der geburtshilflich-gynäcologischen Wissenschaft, zumal wenn man das Land seines Wirkens, unser deutsches Vaterland, in Rücksicht zieht. Jenseits des Rheines freilich, in Frankreich, hatte der Same, den namentlich Ambroise Paré, Pierre Franco und Jaques Guillemeau ausgestreut hatten, sehr bald herrliche Früchte gezeitigt, und das siebzehnte Jahrhundert sah dort Männer wirken, wie François Mauriceau. Paul Portal, Philipp Peu

und Andere. Doch in Deutschland war nach Roderich a Castro im siebzehnten Jahrhundert kein geburtshilflicher Autor von einiger Bedeutung unter den Ärzten zu finden und nur die von Hebeammen verfassten Lehrbücher — teils gute, wie das der Justine Siegmundin, teils weniger gute, wie das der Anna Elisabeth Horenburgin, — neben einigen, fast ganz auf Rösslin und Rüff sich stützenden Hebeammenlehrbüchern, die im amtlichen Auftrage von Ärzten zusammengestellt waren, (J. G. Sommer, Chr. Völlter u. a. m.) sind die uns überlieferte gynäcologisch-geburtshilfliche Litteratur. Dieser Umstand allein darf genügen Roderich a Castro einen dauernden Ehrenplatz unter den deutschen Geburtshelfern und Frauenärzten der Vergangenheit zu sichern und das Gedächtnis seines Namens zu erneuen.

Berichte.

Geburtshülflich-gynaekologische Litteratur in Holland.

Sammelbericht

von

P. TIMEMRMANNS

in Utrecht.

Uebersicht.

1) Prof. v. d. Abey: De clinische Beteekenis en de waarde der operatieve therapie by ontstekningsprocessen van de uterus-adnexa. Nederl. Tydschr. v. Geneeskunde, 20. April 1895, No. 16.
2) Prof. Siegenbeck v. Heukelom: De aetiologie en de pathogenese der Ziekten van de adnexa uteri: Ned. Tydschr. v. Geneeskunde, 20. April 1895, Nr. 16.
3) S. Reeling Brouwer: De operatie van Péan als Hystérectomie évacuatrice ter behandeling van bekkenabscessen. Dissert. inaug. Leiden 1895.
4) H. C. v. d. Vryhoef: Over de hechting van den doorgesneden Buikwand. Diss. inaug. Amsterdam, 1895.
5) J. W. Jenny Weyermann: De klinische Beteekenis van het trechterbekken. Diss. inaug. Leiden 1895.
6) C. S. Leichner: De bouw van het multiloculair ovariaalcystoom. Diss. inaug. Leiden 1895.
7) Ch. A. L. Zegers: Over Hydramnios. Diss. inaug. Amsterdam. 1895.
8) C. F. E. Praetorius: Carcinoma uteri. Beloop en behandeling. Diss. inaug. Leiden 1895.
9) Dr. J. A. Koch: Nederl. Tydschr. v. Verlosk. en Gynaekol. 1895. Aflever. 3 u. 4: Bauchfelltuberculose.

10) Dr. J. D. Doorman: Synclitisme en asynclitisme van den Schedel op den Bekkeningang: Ned. Tydsch. v. Verlosk. en Gyynaekol. 1895. Aflever. 3 u. 4.

1) v. d. Abey.

Verfasser ist der Ansicht, dass bei den chronischen Entzündungen der Adnexa, welche nicht mit einer Flüssigkeitsansammlung in der Tube einhergehen, möglichst lange ein operativer Eingriff zu unterlassen sei. Zu diesem schreite man erst dann, wenn nach einer lang fortgesetzten resorbierenden Behandlung keine Besserung eintritt, oder wenn sociale Verhältnisse eine Contraindikation zu einer solchen abgeben. Die Frage nach der Art der operativen Hülfe kann oft erst nach der Eröffnung der Bauchhöhle vollständig beantwortet werden und richtet sich wesentlich nach dem Zustande des Ovarium. Hat eine kleincystische Degeneration des ganzen Eierstockes stattgefunden, so entferne man Tube und Ovarium; ist der Eierstock zum grössten Teile noch gesund und der Eileiter intact oder wenigstens durchgängig, so kommt die partielle Resection des Ovarium mit der Salpingorrhaphie in Frage. Bei Anwesenheit einer Tubengeschwulst, sei es ein Pyo- oder Hydrosalpinx, ist immer ein operativer Eingriff angezeigt. Bei doppelseitiger Tubengeschwulst und bei Bildung zahlreicher Adhäsionen mit den Nachbarorganen empfiehlt er die Operation von der Scheide aus nach der Péan'schen Methode. Hat dagegen nur in einer Tube Geschwulstbildung stattgefunden, so verdient die Entfernung durch Laparotomie den Vorzug und ist die doppelte Salpingotomie nur dann angezeigt, wenn der andere Eileiter bis zu Fingerdicke ausgedehnt ist.

2) Siegenbeck v. Heukelom.

Verfasser beschränkt sich auf die Besprechung der entzündlichen Erkrankungen des Eileiters und Eierstockes, welche ebenso wie an anderen Orten entweder durch Infection oder durch Gewebsnekrose hervorgerufen werden. Wenn auch andere Mikroorganismen (z. B. Staphylokokken, Diplokokken, Pneumokokken, Colibacillen u. s. w.) dann und wann als Infektionsursache genannt werden, so spielen hier doch Tuberkelbacillen, Gonokokken und Streptokokken die Hauptrolle. Bei der tuberkulösen Salpingitis ist das mikroskopische Bild so charakteristisch, dass auch bei einem negativen Bacillenbefund kein Zweifel bestehen bleibt. Ueberdies sind die Bacillen darin schwer nachzuweisen (Verfasser fand sie in 12 Fällen 6 mal.) Die tuberkulöse Salpingitis kommt häufig vor; unter 46 Präparaten von Salpingitis und Pyosalpinx fand Verfasser 12 mal Tuberkulose. Bei der nicht tuberkulösen Salpingitis giebt die mikroskopische Untersuchung keine genügenden Aufschlüsse für eine genauere Trennung. Bei allen Formen kommt eine starke Stromawucherung der Falten vor mit mehr oder weniger starker, bisweilen ganz umschriebener Infiltration. Immer sind noch Reste der Schleimhaut vorhanden, während das Flimmerepithel sich sehr verschieden verhält. Es kann vorkommen, dass dieses bei einer intensiven Entzündung noch recht gut, bei einer viel geringeren Entzündung dagegen kaum mehr nachzuweisen ist. Zu einer näheren aetiologischen Bestimmung hat man auf die Anamnese und die klinischen Symptome zu achten; ausserdem sind Kulturproben und bacterioskopische Untersuchungen

des Eiters und des Gewebes erforderlich. Die Thatsache steht fest, dass die Gonokokken in die Tuben gelangen und Salpingitis verursachen. Wie sie nach dort kommen, ist noch eine offene Frage. Ebenso ist noch fraglich, ob man für die Erklärung der den Pyosalpinx begleitenden Peritonitis u. s. w. der Annahme einer Mischinfektion bedarf. Was die Streptokokken betrifft, so besteht ein wichtiger Unterschied gegen die Gonokokken darin, dass die ersteren besonders durch die Lymphbahnen in das Gewebe gelangen, woraus es sich erklärt, dass bei einer Invasion von Streptokokken die parametritischen Entzündungen weitaus häufiger sind als die Salpingitiden. Der doppelte Verschluss des Tubenkanals, der dem Entstehen eines Pyo- und Hydrosalpinx immer vorausgeht, braucht kein anatomischer zu sein, sondern kann auch lediglich auf einer Abknickung oder Pfropfbildung beruhen. Haematosalpinx kommt, abgesehen von den Gynatresieen, vor nach einer Tubarschwangerschaft oder in Folge einer haemorrhagischen Entzündung. Die Tubenentzündungen üben einen wichtigen Einfluss auf das Ovarium, welcher sich im ersten Stadium in interstitiellen und folliculären Veränderungen, später in einer Cirrhose des Organs äussert. —

3) S. Reeling Brouwer.

Nach einigen historischen Notizen über die vaginale Hysterectomie im Allgemeinen bespricht Verfasser ausführlich die Péan'sche Operation, d. h. die Entfernung der Gebärmutter bei Beckeneiterungen zur Bildung eines ausgiebigen Drainkanals. Anfänglich fand die Péan'sche Methode in- und ausserhalb Frankreichs keinen Beifall, erst durch die Bemühungen Segond's, welcher aus einem Gegner ein hervorragender Vertreter wurde, hat die Operation eine zunehmende Verbreitung gefunden. Die Zahl der Anhänger nahm allmählich zu, sehr viel wurde über die Indication discutiert, über welche auch heute noch die Ansichten weit auseinandergehen. Von einigen Operateuren wird die Methode auch angewandt, ohne dass Eiteransammlung im kleinen Becken stattgefunden hat, so z. B. von Quénu bei Salpingitis ohne Eiter mit diffuser Pelveoperitonitis; von Pozzi, dem anfänglich erklärten Gegner, bei Erkrankungen ohne Eiterung mit festen, alten Adhäsionen, wodurch Uterus und Adnexa zu einer Masse verschmolzen sind. Auch ausserhalb Frankreichs hat sich die Operation allmählig eingebürgert. Nach Besprechung der Technik hebt Verfasser die wichtigsten Punkte hervor, in Bezug auf welche die Modificationen Anderer (Segond, P. Müller, Doyen, Quénu) von dem Péan'schen Verfahren abweichen. In den drei Fällen aus der Klinik des Herrn Prof. Treub, welche den direkten Anlass zu Verfasser's Arbeit gaben, wurde die Péan'sche Methode mit seitlichen Segond'schen Incisionen angewandt. In 2 Fällen war das Resultat günstig, im dritten folgte der Exitus letalis 14 Tage nach der Operation. In diesem Falle aber ergab die Section, dass wegen schon vorhandener Pyaemie kein Erfolg erwartet werden konnte. Indiciert ist nach Verfasser die Péan'sche Operation bei complicierten Abscessen, von den Franzosen „éponge purulente" genannt; bei Pyosalpinx nur dann, wenn es zur fistulösen Kommunikation mit Blase oder Darm gekommen ist, oder wenn nach dem Bauchschnitt eine Entfernung der Tuben durch Verwachsungen unausführbar erscheint.

Mir (Refer.) scheint es, dass Verfasser die Indikation zur Péan'schen Operation zu sehr eingeschränkt hat. Bei doppelseitigem Pyosalpinx ist meiner Meinung nach die Péan'sche Methode der Salpingotomie vorzuziehen. Die gonorrhoische Endometritis, welche schon zum doppelseitigen Pyosalpinx führte, spottet bisweilen jeglicher Therapie und hat eine ausgesprochene Neigung zu Recidiven; von ihr aus kann es also auch nach der Salpingotomie leicht zu neuen Komplikationen kommen.

4) H. C. v. d. Vryhoef.

Wo soll der Bauchschnitt gemacht (in- oder ausserhalb der Linea alba) und wie soll die Wunde vereinigt werden (suture en masse oder Etagennaht)? Bei den Massensuturen giebt es selbstverständlich nur wenige Modifikationen; anders dagegen verhält sich die Sache bei der Etagennaht. Nur die Methoden von Pozzi, Schede, Wylie und Pryor werden ausführlich besprochen. Zur Beantwortung der Frage, welches Verfahren am meisten im Stande sei, dem Entstehen von Bauchbrüchen vorzubeugen, hat Verfasser 65 Laparatomierte aus der Klinik des Herrn Prof. v. d. Mey untersucht mit Rücksicht auf das Vorkommen von Hernia ventralis und die Resultate mit der Angabe Anderer verglichen. Die Operationen datierten aus den Jahren 1889—1894. In allen Fällen war in der Linea alba incidiert und die „Suture en masse" angewandt worden. Bei 24 von diesen 65 Patientinnen war ein Bauchbruch aufgetreten. In 7 von diesen 24 Fällen war tamponiert worden, während im Ganzen unter den 65 Fällen 16 mal ein Teil der Wunde behufs Tamponade offen gelassen wurde. Wylie giebt an auf 67 Fällen 5 mal einen Bauchbruch beobachtet zu haben, Prochownick in 8 pCt., während Abel auf 75 Laparotomieen nach $2^1/_2$ Jahren keinen einzigen Fall von Hernia ventr. gesehen hat. Der Grund des grossen Unterschiedes liegt vielleicht zum Teil darin, dass Verfasser den anderen Operateuren gegenüber genau den Begriff von Hernia ventralis präcisiert (jegliche sichtbare und beim Drängen hervortretende Ausstülpung des Bauchfelles). Ueberdies fehlen bei ihnen Angaben über etwa angewendete Tamponade ganz. Jedenfalls aber spricht der grosse Unterschied entschieden gegen die „Suture en masse" Verfasser ist der Meinung, dass der extramediane Schnitt nach Abel den Vorzug verdiene. Zieht man aber den Schnitt in der Linea alba vor, so empfiehlt er die folgende Etagennaht, welche der von Wylie angewandten am nächsten kommt: zuerst werden in Abständen von $1^1/_2$—2 cm tiefgehende Nähte angelegt, welche die ganze Dicke der Bauchwand umfassen und in der Nähe des Wundrandes ein- und ausgestochen werden. Vor dem Knüpfen dieser Nähte lege man eine fortlaufende, feine Seidennaht an durch die Aponeurose oder durch die Muskeln und Aponeurose Die tiefen Nähte werden jetzt geknüpft und zwischen diesen noch einige oberflächliche Nähte angelegt, welche nur die Haut fassen. Ueberdies legt Verfasser grosses Gewicht auf folgende Punkte: der Schnitt sei nicht länger als nötig und bleibe möglichst weit von der Symphyse entfernt. Bei einer starken Ausdehnung der Linea alba excidiere man breite Streifen. Vor dem Schluss der Bauchwunde werde das Netz über den Darm gebreitet. Drainage und Tamponade sind möglichst zu vermeiden; war man aber dazu genötigt, so lege man so bald wie möglich die Secundärnaht an. Vom dritten Tage an und weiter jeden zweiten Tag

sorge man für Stuhl. Die Nähte entferne man nach 14 Tagen und die Patientin halte 3 bis 4 Wochen Bettruhe. Man beuge so viel wie möglich einer übermässigen Fettbildung vor und lasse Pat. während 1 bis $1^1/_2$ Jahren eine gut passende Bauchbinde tragen.

5) J. W. Jenny Weyermann.

Eine schwere Geburt bei einer Erstgebärenden durch eine ausschliessliche Verengerung im Querdurchmesser des Beckenausganges bedingt hat Verfasser veranlasst, die genuinen Trichterbecken etwas näher zu besprechen.

Auf die Thatsache, dass aus Verengungen des Beckenausgangs sehr erhebliche Schwierigkeiten bei der Geburt hervorgehen können, ist schon lange und oft von den Geburtshelfern hingewiesen, dem gemeinen Trichterbecken aber ist noch keine grosse Aufmerksamkeit gewidmet worden. Von den meisten Autoren werden sie bloss kurz erwähnt. Obwohl Credé diese Beckenanomalie sehr genau kannte und verschiedene Unterarten annahm, von Schauta u. A. Fälle beschrieben worden sind, so verdanken wir es doch Breisky und seinen Schülern, dass in neuerer Zeit die Trichterbecken grössere Aufmerksamkeit auf sich gezogen haben. Zu den von Anderen beobachteten und vom Verfasser nochmals erwähnten Fällen werden noch einige Beobachtungen aus der Poliklinik in Leiden hinzugefügt, in denen als Indication zur künstlichen Entbindung „secundäre Wehenschwäche und unvollkommene Drehung" angegeben wurde, die Messung aber eine Ausgangsverengung nachweisen konnte. Verfasser ist der Ansicht, dass die Trichterbecken, wenn auch geringen Grades, oft vorkommen und will den Breisky'schen Vorschlag in der Praxis mehr durchgeführt sehen, nach welchem man in allen Fällen von schliesslicher Zögerung der Geburt den Querdurchmesser des Ausganges zu messen habe. Kommt man, was so oft der Fall ist, erst während der Geburt zu der Erkenntnis der Ausgangsverengerung, so führt der Ritgen'sche Handgriff bisweilen noch zum Ziel, in der Mehrzahl der Fälle aber wird man zur Zange und, wenn auch diese nicht gelingt, zur Perforation schreiten müssen. Ist die Verengerung schon während der Schwangerschaft bekannt, so kommt entweder die künstliche Frühgeburt oder ein expactatives Verfahren in Frage. Im letzten Falle mache man die Wendung oder bei hochgradiger Ausgangsverengerung (nach Schauta unter 8. cm) den Kaiserschnitt. Von der Prochownick'schen Methode als Ersatz der künstlichen Frühgeburt im allgemeinen erwartet Verfasser keinen grossen Erfolg.

6) C. S. Leichner.

Verfasser hat ein multiloculäres Ovarialkystom makroskopisch und mikroskopisch (eine grosse Anzahl Serienschnitte) genauer studiert und ist dabei zu den folgenden Schlüssen gekommen, welche in mancherlei Hinsicht von den fast allgemein angenommenen Anschauungen abweichen. Die sichel- und halbmondförmigen Erhabenheiten an der Innenfläche der grösseren Cystenwände sind nicht anzusehen als Residuen von durch Druckusur verschwundenen Zwischenwänden, sondern sind die Folge davon, dass eine oder zwei der vielen Oeffnungen an der Innenfläche der Cystenwand sich vergrössert haben, wodurch das umgebende Gewebe aus-

gedehnt wird und wie ein Halbmond bestehen bleibt. Die sogenannten glandulären Neubildungen im Kystom sind keine Drüsen, sondern spaltförmige Höhlen, während auch die zahlreichen kleineren Cysten in und auf der Wand der grossen Cyste nur Pseudocysten sind, welche durch eine deutliche Oeffnung mit den spaltförmigen Höhlen in Verbindung stehen. Nirgends hat Verfasser eine Bildung von selbstständigen Cysten durch sogenannte Abschnürung beobachten können. Den Inhalt der Cysten betrachtet er grösstenteils als ein Degenerationsprodukt des abgestossenen Epithels.

7) Ch. A. L. Zegers.

Da die Herkunft des normalen Fruchtwassers noch nicht mit genügender Sicherheit feststeht, darf es uns nicht Wunder nehmen, dass auch die Aetiologie des Hydramnion noch nicht aufgeklärt ist. Verfasser erwähnt die verschiedenen Theorien, welche in 3 Hauptgruppen einzuteilen sind, je nachdem angenommen wird, dass das Hydramnion die Folge sei einer pathologisch erhöhten Zufuhr aus *a*) normalen, *b*) abnormen oder *c*) normalen und abnormen Quellen zusammen. Nach Besprechung der Symptome, Differentialdiagnostik, Prognose und Therapie werden 14 Fälle von Hydramnion, in der Entbindungsanstalt zu Amsterdam seit 1887 vorgekommen, ausführlich betrachtet, welche die auch schon von Anderen beobachteten Thatsachen bei Hydramnion bestätigen: die Häufigkeit der Coincidenz von Hydramnion mit mehrfacher Schwangerschaft; die Praedisposition der Mehrgeschwängerten; die überwiegende Geburt von Mädchen; die Frequenz einer falschen Kindeslage und demzufolge eine oft vorkommende Indication zur künstlichen Entbindung. Auch den charakteristischen Geburtsverlauf (lange Dauer der Eröffnungs-, kurze Dauer der Austreibungsperiode und eine häufig auftretende Blutung in der Nachgeburtsperiode) hat Verfasser konstatieren können. Nur in einem Falle wäre vielleicht von einem acuten Hydramnion zu sprechen. Von den 17 Kindern kamen 6 tot zur Welt, während 2 nur eine halbe Stunde am Leben blieben.

8) C. F. E. Praetorius.

Verfasser hat das Schicksal der Kranken aus der Leidener Klinik und der Privatpraxis des Herrn Prof. Treub verfolgt, welche von Anfang 1887 bis Ende Juni 1894 wegen Uteruskrebs behandelt wurden. Die Statistik umfasst 84 Fälle; unter diesen waren 6 Nulliparen, die grosse Mehrzahl aber hatte mehr als 3 Mal geboren. In 24 Fällen handelte es sich um Cancroid der Vaginalportion, in 25 Fällen um Cervixcarcinom, in 29 Fällen um ein diffuses Carcinom (weder die mikroskopische Untersuchung, noch das klinische Bild der Neubildung konnte entscheiden über die Art der ursprünglichen Entwickelung), während das Carcinom des Körpers sich in 6 Fällen vorfand. An 36 Patientinnen wurde die Radikaloperation gemacht (6 Mal bei Cancroid der Vaginalportion, 15 Mal bei Cervixcarcinom, 9 Mal bei Carcinoma diffusum und 6 Mal bei Corpuscarcinom). Den unmittelbaren Folgen der Operation erlagen 11 Kranke, während noch bei zweien kurz danach der Exitus letalis folgte. Als Radikaloperation wurde 30 Mal die vaginale Totalexstirpation und 6 Mal die Freund'sche Operation ausgeführt, die

letztere mit 3 Todesfällen. Bei 6, vermutlich 7 Patientinnen wurde ein Freibleiben von Recidiven durch 2, 4 und 5 Jahre constatiert (unter denen 3 nach Portio-, 2 nach Corpus-, 1 nach Cervixcarcinom und 1 nach Carcinoma diffusum). Die relativ schlechten Resultate fallen nach Verfasser den so oft recht ungünstigen Verhältnissen bei der Totalexstirpation zur Last. In 48 Fällen war eine Radikaloperation unausführbar und durfte die Therapie nur noch eine palliative sein, welche aber wie Verfasser hervorhebt die lästigen Symptome für Monate beseitigen kann. Zur palliativen Hülfe wurde die Auskratzung mit nachfolgender Jodoformgazetamponade angewandt; in 2 Fällen wurden Injektionen mit einer 5procentigen Salicylsäurelösung in 60procentigem Alkohol gemacht, im Allgemeinen mit nur geringem Erfolg. Ein günstiger Einfluss auf die Blutungen aber war nicht zu verkennen.

9) Dr. J. A. Koch.

An einer Patientin mit Bauchfelltuberkulose wurde die Laparotomie gemacht und 2 Grm. Jodoformpulver in die Bauchhöhle gestreut. Bald nachher hatte sich wieder ein bedeutendes Exsudat angesammelt. Die Nolen'sche Methode (Punktion mit nachfolgender Insufflation von feuchter, steriler Luft), welche danach mit fünfwöchentlichem Intervall zweimal angewandt wurde, hatte eine kolossale Reaktion zur Folge mit baldigem Recidiv. Verfasser hat Heilung (nach 10 Monaten festgestellt) erzielt durch Punktion mit nachfolgender Einstreuung von $4^1/_2$ Grm. Jodoformpulver durch die Punktionsöffnung nach verschiedenen Stellen der Bauchhöhle.

10) Dr. J. A. Doormann.

In Betreff der Einstellung des Kopfes im Beckeneingang und seines weiteren Vorrückens im Becken drehte es sich vordem hauptsächlich um die Frage, ob normaliter die Pfeilnaht sich mitten auf den Beckeneingang stelle (Synclitismus) oder dem Promontorium etwas näher verlaufe als der Symphyse (Nägele'sche Obliquität oder Asynclitismus anterior). Im Jahre 1892 aber ist von Pinard und Varnier die Ansicht aufgestellt worden, dass eine tiefere Einstellung des hinteren Scheitelbeines (Asynclitismus posterior) die normale sei. Eigene Beobachtungen haben Verfasser von der Richtigkeit dieser Ansicht überzeugt, welche lehrte, dass am Ende der Schwangerschaft oder im Anfang der Geburt der Kopf in Asynclitismus posterior stehe und beim Vorrücken des Kopfes eine Rotation des vorderen Scheitelbeines der Hinterfläche der Symphyse entlang stattfinde, wodurch es beim Tiefertreten in Synclitismus gelangt. In diesem Stande aber verharrt er nur sehr kurz um dann in Asynclitismus anterior überzugehen.

Dritter Bericht über die neueste polnische gynaekologische Litteratur.

Von

FRANZ NEUGEBAUER

Vorstand d. gynaek. Klinik des Evang. Hospitals in Warschau.

1) Polikier, „Ueber die Untersuchungsmethoden der weiblichen Milch". Medycyna 1895.

2) Erdelmann, Ueber eine neue Behandlungsmethode der Rückwärtsbeugung des Uterus (Mackenrodt's Vaginäfixation). Gazeta Lekarska 1895 p. 1289.
3) Grzankowski. Harninkontinenz verursacht durch Blasenatonie infolge von Retroversio uteri. (Behoben durch Dührssen's Vaginaefixation). (Gaz. Lekarska 1895 p. 786).
4) Neugebauer. Zur Harnfistelkasuistik. (Gaz. Lek. 1895 S. 569). Ruptura totius urethrae sub extractione infantis mortui. Nach Embryotomie Extraction des Rumpfes, eine vorstehende Knochenspitze hatte den Längsriss veranlasst. Ursprünglich verschleppte Querlage. 7 Wochen p. partum Kranke in N.'s Klinik gebracht. Anfrischung zeigt die Form einer Haarnadel. Seidennähte. Prima reunio. Continenz sofort hergestellt. Während hier die traumatische Hypospadie leicht beseitigt war, sah N. in einem andern Fall bei luetischer Hypospadie und Zerstörung der Vulva alle Bemühungen scheitern, da das Gewebe so brüchig war, dass jede Naht durchschnitt.
5) Rosenthal. Vaginofixation bei Retroflexio uteri und vaginale Koeliotomie behufs Entfernung von Adnex-Tumoren. (Gaz. Lekarska 1895 p. 660).
6. Neugebauer. Hernia inguinolabialis. Operation. Pyosalpinx und Ovarium nebst Parovarialcyste entfernt bei einem 28j. Mädchen. II para. Tubenstumpf in die Wunde eingenäht wegen Pyosalpinx. Hypertrophie der Tubenwand, die stellenweise 1 cm dick und sehr hart ist. Genesung. (Warschauer Aerzte-Ges. 3. III. 1895). Medycyna 1896.
7) Karajewicz. Schwangerschaft u. Geburt nach rechtsseitiger Nephrektomie (Przegląd Chirurgiczny. 1894/95. Bd. II, S. 151).
8) Czaplicki. Beitrag zur Therapie der chronischen Inversio uteri completa (Przegląd chirurgiczny. 1894/95. Bd. II, S. 157). [Reinversion durch wassergefüllten Kolpeurynter.] Auf Veranlassung des Referenten hat sein Assistent Warszawski die gesamte polnische Kasuistik der Uterusinversion veröffentlicht. Kronika Lekarska 1896.]
9) Obalinski. Zur Wahl der Operationsmethode bei Uterusfibromen. (Przegląd chirurg. 1894/95, p. 163).
10) Karczewski. Beitrag zur Therapie der puerperalen Sepsis. (Przegląd chirurgiczny 1894/95, p. 285). [Abscès de fixation nach Fochier mittelst subcutaner Terpentininjektion — sehr eingehende und interessante Beschreibung].
11) Jaworski. Hypertrophia labii pudendi minoris. (Przegląd chirurgiczny. 1894/95, Bd. II, S. 300.
12) F. Neugebauer. Beitrag zur Lehre vom Pseudohermaphroditismus. (Przegląd chirurgiczny 1894/95, Bd. II, S. 82—150 u. 540—616, mit 61 Abbildungen, Fortsetzung und Schluss folgen.) [Die Arbeit umfasst eine Kasuistik von 473 Beobachtungen, darunter 12 eigene.]
13) Ziemacki. Zur Operation der Vesicovaginalfisteln. (Przegląd chir. 1896, Bd. III, S. 98.)
14) K. Kowalski. „Nabelschnurrepositorium eigener Erfindung." Przegląd Lekarski 1895, No. 1.
15) Rosner u. Switalski. „Bericht über Prof. Jordan's Klinik für 1893/94." Przegl. Lekarski 1895, No. 1, 2, 3. 5, 6, 7, 9, 14, 28, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 48. (Sehr ausführlicher kasuistischer Bericht mit interessanten Corollarien.)
16) Rydygier. „Ueber Zulassung der Frauen zum Studium der Medizin". Przegl. Lek. 1895. No. 7.
17) Cybulski. „Antwort auf vorstehenden Aufsatz." Ibid. No. 8.
18) Rydygier. „Antwort auf vorstehenden Aufsatz." Ibid. No. 9.
19) F. Kosmiński. „Zucker als wehenförderndes Mittel." Przegl. Lek. 1895. No. 11, 12, 13, 14.
20) Kosmiński. „Neues Uterinspülrohr". (Aus 3 Röhren bestehend.) Prz. Lek. 1896. No. 22.
21) Rosner. Thermokauterektomia totalis uteri behufs Vehinderung von Krebsüberimpfung. (Przegl. Lek. 1895. No. 17.) Zwei Operationen von Jordan und von Rosner mit günstigem Ausgange. Es wurde Messer und Paquelin neben Richelot's Klammern angewandt; künftig will R. auch das vordere Scheidengewölbe mit Paquelin durchtrennen und ganz ohne Messer arbeiten.

22) Czyzewicz. Zwei Kaiserschnitte mit günstigem Ausgange. (Przegl. Lekarski. 1895. No. 20 u. 21.
23) Wotkowicz. Neue chirurgische Vorschläge zur Prophylaxe und zur Behandlung der Bauchwandbrüche in der linea alba sowie des Hängebauches. (Gazeta Lekarska 1896 No. 6, 7, 8, 9, 10 fl.)
24) Jasinski: Ein Fall von Eileiterschwangerschaft. (Medycyna 1896 No. 4.)
25) Podzienski. Eine puerperale Peri- und Parametritis, geheilt nach dem Vorgehen Fochier's(künstliche Abscessbildung durch subkutane Terpentininjektion). Medycyna 1896 No. 7.) Rosenthal bezweifelt in einem polemischen Artikel die Richtigkeit der Diagnose einer septischen Parametritis Medycyna. S. 283 1896.
26) Neugebauer. Demonstration einer grossen Mesenterialcyste, welche nach Eröffnung der Bauchhöhle und Durchschneidung des die Cyste bedeckenden Peritonaealblatttes stumpf mit Fingern und Raspatorium ausgeschält wurde bei einer 54jährigen Frau. (Warschauer Aerzt. Gesellschaft 25. 2. 96.) N. hat bis jetzt auf 76 Bauchschnitte schon 3mal Mesenterialcysten angetroffen und zwar einmal eine Dermoïdcyste in einem Falle, wo er den Uterus wegen Carcinom per vaginam entfernte und zunächst auf 2 Ovarialdermoïde stiess. Nach Entfernung derselben fiel ein dritter harter kugliger Tumor in die Wunde hinein und erwies sich als Dermoïdcyste des Dünndarmgekröses. (Medycyna 1896, S. 283.)
27) Neugebauer. Missed abortion, Zwillinge in gemeinsamem Chorion und getrennten Amnionsäcken, die eine Frucht entspricht dem 1. Monate, die andere der 5. Woche (Warschauer Aerztl. Gesellschaft 25. 11. 1896).
28) Neugebauer. Demonstration eines nierengrossen Fibroids, das vom Eierstock ausging. Der andere Eierstock kleincystisch entartet. Castration. Genesung. (Warschauur Aerztl. Ges. 3. III. 1896).
29. Zweigbaum. „Ueber Vaginalcysten" (Gaz. Lek. 1895.) Derselbe Aufsatz deutsch in dieser Monatsschrift erschienen. (Im Anschluss an diesen Aufsatz hat N. seine eigenen 35 Beobachtungen von Vaginalcysten verschiedenen Ursprungs der Monatsschrift zum Druck eingeschickt).
30) Lipka. „Entwickelungsanatomie der Urosexualorgane eines 19jährigen Individuum." Gaz. Lek. 1895 p. 980. L. hält seine Patientin für einen Mann, behaftet mit Pseudohermaphroditismus, gleichwohl empfahl L. behufs Ermöglichung sich mit einem Manne zu verheiraten, Presschwammerweiterung eines 6—7 cm langen Kanales, über dessen Natur — ob rudimentäre Scheide oder erweiterte Harnröhre — er keine Klarheit erlangen konnte. Untersuchung und Beschreibung nicht gründlich genug zum klaren Verständnis, es scheint jedoch sich um eine durch Onanie erweiterte Harnröhre eines männlichen Scheinzwitters ohne Ejaculatio seminis zu handeln.
31) Majewski. Hydrocele muliebris (Gaz. Lek. 1895. S. 219 u. sf.)
32) Sawicki. Aus dem Gebiete der Missbildungen von Neugeborenen. (Gaz. Lek. 1895. S. 865, 903, 935, 960, 1037. Spontanamputationen, angeborene Ulcera der Haut, intrauterine Fraktur beider Oberschenkel, 7 Abbildungen. Fleissige kasuistische Arbeit).
33) Zdanowicz. Atresia ani completa. Proktoplastice, Erisypelas. (Gaz. Lek. 1895. S. 1335).
34) Jaworski. Zur Aetiologie und Genese des Puerperalfiebers. (Kronika Lekarska 1895. S. 625.)
35) Jaworski. Ecclampsia puerperalis mit hohem Fieber bei einer Epileptischen. (Kronika Lekarska 1895. S. 801, 841.)
36) A. Karczewski. Totaler Verfall des Uterus bei einem 15jährigen Mädchen. (Kronika Lekarska 1895. S. 197.) [K. zieht die Hypothese Kyri's, welcher eine Innervationsanomalie zu Grunde legt, zur Erklärung der Aetiologie heran.]
37) Kopylowski. Wie oft findet man bei für gesund angesehenen Prostituierten Gonokokken und andere Bakterien im Collumsecret. (Kronika Lekarska 1895. S. 125.)
38) Staniszewski. Fall von angeborener begrenzter Scheidenstenose. (Kronika Lekarska 1895. S. 138.)
39) Warszawski. Die gegenwärtigen Ansichten über die Aetiologie und Genese der Scheidencysten und den Verlauf der Gartner'schen Kanäle. (Kronika Lekarska 1895. S. 417.)

40) Neugebauer u. Warszawski. Inversio uteri, ein klinischer Vortrag, ergänzt durch Zusammenstellung der gesammten polnischen Kasuistik. (Kronika Lekarska 1896. Heft 6 u. ff.)
41) Jezierski. Kystoma proliferum papillare ovarii. Ovariotomie. Resection des Mesenterium des S-iliacum und des Colon descendens in grosser Ausdehnung. Genesung. [Operation von Krajewski vollzogen.] (Przeglad chirurgiczny. Bd. III. Heft 1. S. 126.)
42) Jordan. „Werth der verschiedenen Methoden der Myomoektomie". Vortrag auf dem VI. Kongress polnischer Chirurgen in Krakau. Nowiny Lekarskie 1895. N. J. S. 387.
43) Ziembicki. „Ueber das Morcellement bei Myomoektomie." Ibid. S. 388.
44) Rosner. „Zur Verhinderung der Exsudate um den Stumpf nach Entfernung von Bauchhöhlentumoren." Ibid. S. 388.
45) Woskowicz. „Neue Vorschläge, um dem Hängebauch und Bauchwandbrüchen nach dem Bauchschnitt vorzubeugen." Ibid. S. 388.
46) Switalski. „3 Fälle von günstigem Ausgange puerperaler Sepsis nach künstlich durch Terpentineinspritzung unter die Haut hervorgerufener Abscessbildung. (Fochier's abscès de fixation.") [Referent hat einmal dieses Verfahren angewandt, aber dem tödtlichen Ausgange eine protrahierten Sepsis nach Abort nicht vorbeugen können, ausser diesen 4 Fällen ist von polnischen Aerzten noch 8mal dieses Verfahren bisher angewandt worden und zwar 6mal mit gutem Resultat; auf 11 Fälle: 9mal Genesung, 2mal tödtlicher Ausgang der Sepsis trotz Abscess, einmal trotz Abscess protahiertes Krankenlager.] Ibid. S. 389.
47) Kryński. „Behandlung der Harnblaseninversion." Ibid. S. 392.
48) A. Rosner. „Zur Frage der Impfbarkeit des Krebses." Przegl. Lek. 1895 N. 23, 25, 26, 27.
49) Schaitter. „Ein Thürhaken als geburtshülfliches Instrument benutzt". Przegl. Lek. 1895. N. 25, 26. II para, verschleppte Querlage, Uterusruptur, Peritonitis. Thürhaken statt Smellie's Haken benutzt. Tod. Denunciation wegen Kunstfehler, Exhumation, Section, Freisprechung.
50) Neugebauer. „Erreur de sexe". Vorstellung eines 16jährigen Mädchens, das sich bei eingehender Untersuchung als Mann mit peniscrotaler Hypospadie behaftet aufweist. Pseudohermaphroditismus masculinus. (Pam. Warsz. Tow. Lekarsk. 1895, Heft II, S. 369.)
51) Borysowicz. „Ergebniss von 20 Operationen behufs Radikalheilung bösartiger Neubildungen des Uterus". (Vortrag in der Warschauer Aerztl. Ges. samt Diskussion. (Warsz. Tow. Lek. 1895, II, S. 414—422.)
52) Grzankowski. „Fall von Harninkontinenz infolge Blasenatonie durch retroflexio uteri. Heilung durch Vaginalfixation nach Dührssen." Krankenvorstellung. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1895, IV, S. 945.)
53) Neugebauer. a) Demonstration eines Hühnchens mit 4 Füssen und doppelten Flügeln (Dipygus tetrabrachius).
54) Neugebauer. b) Demonstration eines auf vaginalem Wege entfernten myomatösen Uterus mit 3 Myomen aus seiner Klinik und eines wegen Myomen supravaginal von Stankiewicz entfernten Uterus. Im ersten Fall Uteruswand etwa $2^1/_2$ faustgross; Technik schwer, im zweiten Fall mannskopfgrosser Uterus, Operation sehr leicht und einfach. Beide Frauen genasen glatt trotz ihrer Anaemie. N. hat auf 21 vaginale Uterusexstirpationen (1 wegen Myomatosis, 1 bei Totalprolaps, 1 bei vaginaler Ovariotomie u. Uterusinfarct u. 18 wegen Uteruscarcinom oder Sarkom, 1 Todesfall [Ileus am 9. Tage]) zu verzeichnen, ausserdem einmal bei puerperaler Uterusruptur per vaginam den zerrissenen Uterus exstirpiert, ohne jedoch die in extremis befindliche IV para retten zu können. (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1895, IV, S. 982—984.)
55) Wrześniowski vollzog 1896 eine Totalexstirpation des rupturierten Uterus von oben her. Vorderes Scheidengewölbe total zerrissen, Einriss des Peritoneum bis zur Fexura sigmoidea reichend. Tod 20 Stunden nach der Operation infolge von Collaps. (Nach briefl. Mitteilung.)
56) Winawer. „Einige Worte über die Behandlung hartnäckiger Retroversio u. Retroflexio uteri. Medycyna 1895.
57) Pawtowicz. Beitrag zur Therapie des Puerperalfiebers. Medycyna 1895.

(Künstlicher Abscess durch subcutane Terpentininjektion nach Fochier Genesung.)

58) Zaleski. „Eine puerperale Sepsis erfolgreich bekämpft durch künstliche Hervorrufung eines Abscesses." Medycyna 1895. (Genesung.)
[Referent sah vorgestern eine septische Puerpera an Terpentininjektion zu Grunde gehen in der Praxis des Kollegen Szępkowski und hat persönlich einmal erfolglos dieses Verfahren bei protrahirter Sepsis post abortum mit Herrn W. Krajewski eingeschlagen.]

59) Stemberth. Sectio caesarea mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind (Medycyna 1895).

60) Korybut-Daszkiewicz: „Fall von Mangel des Uterus". Medycyna 1895.

61) Ficki. „Carcinom oder Hypertrophie des Gewebes und der Schleimhaut des Gebärmutterhalses?" Medycyna 1895. (Differentialdiagnostische klinische Bemerkungen.)

62) Gromadzki. „Zwei operativ behandelte Fälle von Uterusruptur sub partu." Medycyna 1895.

63) M. Cercha. „Ueber Veränderungen der Uterinschleimhaut der Höhle bei Carcinom des Collum und der Vaginalportion." Przegl. Lek. 1895, No. 29, 30, 31, 33, 36, 38.

64) Kosmiński. Ein Fall von akutem Hydramnios, behandelt mit Punktion des Uterus. (Przegl. Lek. 1895, No. 39.)

65) Jordan. „6 Fälle von ektopischer Schwangerschaft nebst Bemerkungen dazu." Przegl. Lek. 1895. No. 41, 42, 43, 44, 45, 46.

66) Mikucki. „Der histologische Bau der Eileiter mit Berücksichtigung der Entwickelung der Falten und der sekundären Kanäle. (Mit 6 Tafeln.)" (Preisschrift.) Pam. Warsz. Tow. Lekarskiego. 1895, Heft I, Bd. XII.

67) Sawicki Neugeborenes, mit Narben und einer erst zwei Wochen post partum abgeheilten Wunde — amniotische Verwachsungen. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1895. I. S. 146.

68) Szumlański. Elfenbeinernes Endstück einer Trousseau'schen Schlunde verschluckt und nach 5 Tagen per anum entleert. (Ibid. S. 147.)

69) Przewoski. Demonstration eines Uteruscarcinoms mit zahlreichen eosinophilen Zellen. 5—25 auf einem Gesichtsfelde ($^1/_{12}$ Zeiss, Oelimmersion). Uterus enthält Zwillingsfrüchte von 1 und 1,2 cm Länge. Operation durch Borysowicz. P. hält die eosinophilen Zellen für unentwickelte Haematoblasten, also Zellen, in denen die rothen Blutkörperchen entstehen und begründet diese Ansicht ausführlich. (Ibid. S. 149—151.) Diskussion: Brodowski, Hoyer, Krysinski, Mayzel (S. 151—154).

70) Przewoski. Demonstration dreier puerperaler Uteri mit Metritis dissecans. (Ibidem S. 154.)

71) Kosinski: Colossale beiderseitige Mammahyperthrophie während der Schwangerschaft. (Warschauer Aerzte-Gesellschaft. 1896. Medycyna 1896. S. 280)

72) Jasinski. Totalextirpation des Uterus nach Bauchschnitt bei Uterusruptur mit Austritt der Frucht in die Bauchhöhle. Medycyna 1895, No. 49,50.

73) Rosner. Beitrag zur Erkenntniss der mehrfachen Schwangerschaft. Noviny Lekarskie 1895. No. 7, S. 310.

74) Szukalski. „Atresia ani gepaart mit Kryptorchismus". Noviny Lekarskie. 1895. No. 8. S. 846.

75) Wrzesniowski. Sectio caesarea wegen Schussverletzung des Uterus.

76) Verzeichniss aller polnischen Originalaufsätze und Arbeiten auf dem Gebiete der Medicin von 1851 bis 1890. Pam. Warsz. Tow. Lek. 1895, IV. u. ff., [wichtige, gewissenhafte Zusammenstellung].

77) Oswięcimski. „Ein merkwürdiger Fall von schmerzhafter Anschwellung der rechten Brustdrüse statt der Menstruation (Amenorrhoea cum xenomenia)." Nowiny Lekarskie 1895. No. 4. S. 158.

78) Swięcicki. „Ueber kuglige Bildungen in Ovarialdermoïden." Nowiny Lekarskie 1895. No. 11. S. 483.

79) Krajewski. Neuer Beitrag zur chirurgischen Behandlung der sub partu erfolgten Uterusruptur. (Przegląd Chirurgiczny 1896, Bd. III, Heft I, S. 103.)

80) Stępkowski. „Totaler Vorfall des Uterus und der Scheide bei einem jungen Mädchen (virgo intacta)." (Aus Neugebauer's Klinik). (Gaz. Lek. 1895, 585).

81) Kosminski. „Sectio caesarea post mortem. Lebende Kinder." Przegl. Lek. 1895. No. 28.

82) Neugebauer. Verhängnissvoll gewordener Irrthum in der Geschlechtsbestimmung. Selbstmordversuch eines 18jähr. Mädchens. Vergiftung der Mutter und des Bruders dabei. Anklage des Giftmordversuches durch Strychnin mit für den Bruder tödtlichem Ausgange. Ger. Untersuchung ergiebt männliches Geschlecht des als Mädchen erzogenen Individuum. Kryptorchismus bei normalem Sperma, Hypospadiasis peniscrotalis, hochgradige Entwickelung des Weber'schen Organes. Vagina von 9 cm Länge und Fingerweite, Uterusrudimente. Aeusserer Habitus vollkommen männlich, ebenso die sexuelle Neigung. Aenderung der Personalakten im Konsistorium.

Ziemacki (13) hat zweimal mit Dédoublement der Fistelränder operiert, also mit peripherer, zirkulärer Spaltung des Fistelrandes und gesonderter Vernähung der Blasen- und Scheidenschleimhaut, also Etagennaht, ein Verfahren, das überhaupt von Sänger, Fritsch u. A. in Deutschland, Krajewski in Warschau angewandt und empfohlen wurde. In einem dritten Falle nach viermaligem vergeblichem Operieren mit diesem Dédoublement des Fistelrandes eine vaginale Plastik ausgeführt nach vorausgeschickter Sectio alta behufs Anlegung einer Fistel, um den Harn zu entleeren. Die Fistel schliesst sich allmälig, vorher aber Steinconcremente mit Volkmann's Löffel entfernt durch diese Fistel. Steinbildung in der Blase, um die von der Scheide aus geknüpften Fäden. Nach zwei Monaten noch per urethram Concrement entfernt, das sich um einem Seidenfaden gebildet hatte, Genesung.

Czyżewicz (22) fügt seinen 3 im Jahre 1893 mit günstigem Ausgange für Mutter und Kind ausgeführten 2 Kaiserschnitten vom Jahre 1894 ausgeführte hinzu: 5 Mütter und 4 Kinder gerettet, das 5 schon abgestorben vor Operation. C. zieht die Porro-Operation vor, will unbedingt diese Frauen gleichzeitig steril machen, hält den Heilungsverlauf für einfacher und günstiger. Einmal rachitische, einmal osteomalacische absolute Beckenenge, einmal konservative Sectio caesarea, einmal Porro.

Majewski (31) beschreibt zwei Fälle von Hydrocele muliebris: 1.) 54 j. VIII p. hat seit 13 Jahren ein Anschwellen der linken grossen Lippe bemerkt, (jetzt harter Tumor; früher reponibel und sub graviditate an Volumen zunehmend. Vor zwei Jahren Bruchband empfohlen. Vor vier Wochen Schmerzen, Stuhlverhaltung, Erbrechen. Ein Arzt diagnostirte Brucheinklemmung, also in die Klinik, aber nach Rici nus Stuhlgang. Jetzt strausseneigrosser Tumor mit rothen Hautdecken. Tumor verschmälert sich nach dem Leistenkanal zu, wo er in einen zweiten wurstförmigen Tumor übergeht. Der obere, den Leistenkanal ausfüllende Tumor schwillt beim Husten an, im unteren elastischen Tumor Fluctation, der obere Tumor, vom unteren durch eine sichtbare Rinne getrennt, weich, enthält Därme. Der untere Tumor lichtdurchlassend, der obere nicht. Punktion des unteren Tumors ergiebt Hydrocelenflüssigkeit. Prof. Rydygier enucleierte die Cyste nach Spaltung und fügte Radikaloperation des Bruches hinzu. Zwei Wochen später im unteren Wundwinkel harter Tumor, schnell entstanden und bluthaltig. Einschnitt Haematocele, Ausschabung, Resection und Vernähung behufs Obliteration der Wundhöhle.

2.) 33 j. Nullipara, Nabelbruch und Leistentumoren, links faustgross, rechts wie eine welsche Nuss, inguinol-abiale Geschwülste mit Fluctuation, nicht durchscheinend, sub tussi an Volumen zunehmend. Beiderseits Ovarialcysten. Professor Jordan vollzog die Castration, die angeblichen Inguinalhernien erwiesen sich als Diverticula Nuckii mit der Bauchhöhle communizierend, gänsekielweite Communicationen. Diese beiden nach oben offenen Hydrocelen liess man bestehen.

J. unterscheidet 1. Hydrocele lig. rotundi, 2. Hydrocele divert. Nuckii. Aetiologie der ersteren streitig: da das gubernaculum Hunteri schon im zweiten Fötalmonate ein solider Strang ist, kann man nicht Persistenz des Lumens annehmen, auf einen primären Bluterguss im lig. rotundum auch nicht zurückführen, da eine Metamorphose des blutigen Ergusses in einen rein serösen nicht erwiesen ist. Leichter ist die offene und geschlossene Hydrocele des divert. Nuckii zu erklären. In praxi beide Arten nicht zu unterscheiden, sondern nur in der Theorie. Ebensowenig klinisch zu unterscheiden von abgeschnürten Bruchsäcken. Im ersten Falle, den Rydygier operirte, handelte es sich wahrscheinlich um einen abgeschnürten Bruchsack, im zweiten um Produkte des divert. Nuckii. Häufigkeit grösser bei Multiparen als Nulliparen. Lastenheben, Schwangerschaft, Geburt, starker Husten ätiologisch wichtig. Im Falle Jordan's sollen die Ovarialtumoren sammt Anspannung der lig. rotunda neben Hyperämie der Beckenorgane eine Rolle gespielt haben. Selten bilateral, zuweilen einseitig zwei Cysten übereinander. Diagnostisch wichtig, dass auch Lipome eine Fluctuation vortäuschen können (Baldy's Fall). Durchscheinend können auch Lipome sein, andererseits sind es die Hydrocelen nicht immer. M. sah ein 13jähriges Mädchen mit linksseitigem präinguinalem fluctuirendem, wurstförmigem Tumor, durchscheinend. Diagnose Hydrocele, Operation in der Krakauer chirurg. Klinik: es fand sich ein 14 ctm. langes Lipom, das im nach der Bauchhöhle zu geschlossenen Leistenkanal fusste und im unteren Theil gänseeigross war. Diagnostisch äusserst wichtig. Lipom: Pseudofluctuation, durchscheinend beim Husten scheinbar angeschwollen durch Herabtreten wie eine Hydrocele. Eine Hydrocele kann ferner verwechselt werden 1) mit cystischen Bildungen der äusseren Genitalien, Atheromen, Dermoiden, Retentionscysten d. gland. Bartholini, Lagrange's serösen Cysten hervorgegangen aus Resten der Müller'schen Gänge. Aber alle die Bildungen liegen nicht im oberen, sondern im unteren Teile der Labia majora und haben keinen in den Leistenkanal hineinreichenden Stiel; 2) mit Bruchinhalt: a) Harnblase, b) Eierstockscysten, c) cystisch degenerirtem Netz, d) Hydrosalpinx; 3) mit Senkungsabscessen. — Eine in Entzündung begriffene Hydrocele kann einen eingeklemmten Bruch vortäuschen: Nausea, Erbrechen, Verstopfung, Meteorismus. Frühere Therapie der Punktion, Injektion von Causticis, Adstringentien jetzt verworfen, weil zuweilen gefährlich und stets zu lange dauernd, Punktion höchstens am Schwangerschaftsende behufs Beseitigung des Tumors wenigstens bis zur Entbindung (Geinatz), Radikaloperation das einzig Empfehlenswerthe heute.

Kosiński (71): Demonstration einer 28jährigen, sechs Monate Schwangeren mit kolossaler Hypertrophie der Brüste, die beim Sitzen auf den Oberschenkeln ruhen. Diese Hypertrophie erscheint nun schon zum vierten Male ausschliesslich während der Schwangerschaft und schwindet

im Puerperium. Im 22. Jahre erste Schwangerschaft. Dabei entstand ein Tumor oberhalb der rechten Mamma. Post partum nahmen die Brüste wieder ab, ebenso in der 2. und 3. durch spontanen Abort beendigten Schwangerschaft. Kosiński machte eine Probepunktion, entleerte nur Blut — und vermutet Sarkom. — Brodowski meint dagegen, ein so rasch wachsendes Sarkom hätte schon zur Ulceration geführt, es dürfte sich eher um ein Lipoma parvicellulare, Adenoma, Angiolymphoma handeln. Jasinski hat einen ähnlichen Fall als Makromastie beschrieben. Die Brüste waren in der letzten Schwangerschaft so gross geworden, dass man ein Tablett mit 6 Gläsern daraufstellen konnte. Im Puerperium gingen die Brüste allmälig wieder zurück. J. fand nur 6 bis 8 ähnliche Fälle in der Litteratur. In keinem Falle mikroskopische Untersuchung.

Kosiński entgegnet Herrn Brodowski, ein Fibroma molluscum könne wohl während der Schwangerschaft wachsen, würde aber nicht post partum wieder zurückgehen, ebensowenig ein Angiolymphom. Derartige nachträgliche Volumenabnahme finde dagegen bei Sarkomen statt.

Referent möchte die bösartige Natur schon wegen des langjährigen Verlaufs und der Wiederkehr der Hypertrophie bei jeder neuen Schwangerschaft bezweifeln, es dürfte sich eher um eine allgemeine Hypertrophie gutartigen Charakters handeln, wie sie v. Winckel in seinem Lehrbuche der Frauenkrankheiten (Leipzig 1886, S. 746, Fig. 110) abbildet, der auch eine Reihe ähnlicher Beobachtungen zusammengestellt hat. Manec, Hess, Glück, Dahl, v. Winckel, Hey, Swiney amputierten eine oder beide Brüste. Referent kopierte in Moskau 1887 die Zeichnung einer rechtseitigen enormen Mammahypertrophie in dem Pauls-Hospital. Dr. Zywopiscew hatte die Amputation vollzogen. Auch eine Elephantiasis mammarum während der Schwangerschaft kommt vor.

Jasinski: (72). Operation an einer 23j. VIpara mit normalem Becken 24 Stunden nach Geburtsbeginn bei Vorfall einer Hand. Längsriss hinten linkerseits, unterhalb des Tubenansatzes beginnend, bis an die Scheide herabreichend, zugleich hinteres Scheidengewölbe eingerissen. Exstirpation des Uterus nach Mackenrodt, Operation fast ohne Blutung, dauerte $1^1/_2$ Stunden, Ligaturen zur Scheide herausgeleitet, oberhalb seroseröse Vernähung der Excavatio vesicorectalis. Tod sofort nach Schluss der Bauchwunde.

Nach J. soll bis jetzt die Totalextirpation des Uterus bei Ruptur von oben her erst fünf Mal ausgeführt worden sein, zwei Mal von Krajewski, beide Frauen genasen, zwei Mal von Gromadzki, eine Frau genass und einmal von Natanson, die Frau starb; ausserdem soll zwei Mal der rupturirte Uterus von der Scheide aus extirpiert worden sein von Veit. Neugebauer, beide Frauen starben. (De facto ist die Zahl der Totalextirpationen von oben her grösser, Krajewski allein hat schon fünf Mal so operiert. N.) Schauta und Chrobak haben mehrmals bei Osteomalacie die Totalextirpation des schwangeren Uterus von oben her ausgeführt. J. vollzog seine Operation in der Trendelenburg'schen Lage.

Wrzesniowski (75): „Kind im Mutterleibe erschossen mit Schrotschuss, Sectio caesarea, Mutter gerettet." Referent war am 20. November gelegentlich einer Konsultationsreise in Czenstochau und unter-

suchte im Hospital eine etwa 38jährige Frau, die Dank dem geschickten Eingreifen des jungen Kollegen Wrzesniowski einer grossen Gefahr entronnen war. Die etwa 7 Monate schwangere Frau, die schon öfters geboren hatte, erhielt durch Zufall einen Schrotschuss etwa 6 cm nach aussen vom Nabel und ebensoviel unterhalb desselben. Das geschah früh um 4 Uhr. Nach 12 Stunden etwa brachte man die Angeschossene zu Wagen etwa 12 Kilometer weit in das Hospital. Hemd und Kleider durchtränkt von Fruchtwasser und Blut. Der Finger in die Schusswunde eingeführt, stiess auf den Foetus. Daher Sectio caesarea, Kind und Placenta entfernt, die Schusswunde ovalär umschnitten, also ihre Umrandung reseciert, dann in mehreren Etagen vernäht, dann die Kaiserschnittwunde in 3 Etagen vernäht und Uterus verbenkt. Der Vorsicht halber Mikulicz's Gazedrainage vor dem Uterus, dann Bauchwunde vernäht bis auf den unteren Wundwinkel, Fieber am 10. Tage bei Pneumonie, einige Wundnähte gelöst, Uterus in die Wunde vorgezogen, herausgewälzt und amputiert, Ovarien sollen jedoch zurückgeblieben sein. Referent sah die Frau in der Reconvalescenz nach dieser zweiten Operation. Der Schrotschuss hatte das Kind getötet, die Schrotkörner waren nach Durchbohrung des Kindes in der Placenta stecken geblieben. (Sobald eine ausführliche Beschreibung erscheint, werde ich die Details berichten. Referent.)

Oswieçimski (77). 34jährige, 10 Jahre ohne manifeste Ursache ihrerseits steril verheiratete Frau hatte ihre Regel gut vom 18. Jahre an. Mann starb im Dezember 1894 an Schwindsucht, seit Juli kein Beischlaf mehr. Im September 1894 blieb die Regel aus, statt der Regel schmerzhafte hohe Anschwellung der rechten Brust, Colostrum, ziehende Schmerzen; die ganze Erscheinung dauert nur 3 Tage, am ersten schwillt die rechte Brust an, am zweiten soviel Colostrum, dass Hemd und Korsett durchnässt sind. am dritten Ausscheidung in Abnahme, am vierten Tage Zustand wieder normal. Seither allmonatlich derselbe Prozess. Linke Brust nimmt an der monatlichen Kongestion nicht teil, Regel seither verloren, Schwangerschaft in Narkoseuntersuchung ausgeschlossen. Einige Zeit nach dem Tode des Gatten verheiratete sich die Wittwe. Alsbald nach der Hochzeit erschien die Regel wieder und die Kongestionen in der rechten Brust blieben fortan aus. O. hält das Ausbleiben des geschlechtlichen Verkehrs im gegebenen Falle für die Ursache der Xenomenie. (Referent kennt zwei Frauen, die, obwohl niemals schwanger, beständig Colostrum secernieren.)

Swięcicki (78) fand in einem Ovarialdermoid in einer zähen, gelbbraunen Flüssigkeit 11 hellgelbe, kuglige Gebilde schwimmend, jede an 3—4 cm im Durchmesser haltend und mit Haaren gefüllt. Die Kugeln fühlten sich weich an und einige zerquetschten sich beim Anfassen. In einzelnen Kugeln war das Centrum etwas rötlich gefärbt; zwei von diesen Kugeln hat S. ausgetrocknet und aufgehoben. Die Wand bestand aus atypischen Epithelzellen mit fettigem Detritus und Blutpigmentresten. Olshausen erwähnt nur drei solche Fälle. Rokitansky fand ungefähr 70 solche Kugeln in einem Ovarialdermoid, Routh sah den zweiten und Fraenkel den dritten Fall. Mundé fand in der talgartigen, 12 Pfund schweren Masse zahlreiche, 1 cm breite Dermoidkugeln von gleicher Gestalt. Florschütz fand Dermoidkugeln in einer multiloculären

Fenger in einer einkammerigen Ovarialdermoidcyste, ebenso Engstroem, den neunten Fall beschrieb Matlakowski, den zehnten Fall, von Ziembicki operiert, beschrieb Bylicki, Swięcicki's Fall ist der elfte in der Literatur.

S. erkennt bezüglich der Entstehung dieser eigentümlichen Gebilde weder die Hypothesen von Rokitansky noch von Olshausen noch von Munk an, sondern erklärt diese Kugeln für fettig entartete, übermässig gewucherte Talgdrüsen, die aus der in retrograder Metamorphose befindlichen Wand des Dermoids frei geworden und so in das Innere der Dermoidcyste gelangt sind.

Krajewski (79) hat schon 1892 bei inkompleter Uterusruptur den Bardenheuer'schen Schnitt vorgeschlagen, um extraperitonealen Zutritt in die Beckenorgane zu gewinnen, bei Ruptur des Uterus die Ränder zu vernähen, blutende Gefässe zu unterbinden, zu umstechen etc. Im September 1894 Plan ausgeführt: 44 j. X para, 9 Spontangeburten, bei der 10. verschleppte Querlage mit Vorfall einer Hand und Ruptur des Uterus. Wendung. Extraktion. In der rechten Uteruswand ein vier Finger einlassender Riss. Tamponade, Secale, Aether und dann Patientin aus dem Gebärasyl in die Klinik von Krajewski gebracht. T. 36,0° P. 110, wachsbleich, Durst, Schweiss, Unruhe, Meteorismus, rechterseits Dämpfung. Hier Tumor mit „tiefer" Fluctuation. Nach Entfernung der Tampons Blutung. Der bis an das Scheidengewölbe reichende Riss lässt die ganze Hand in das Parametrium ein; Peritoneum nicht eröffnet. Tamponade der Uterushöhle und des parametranen Risses. Dann Operation behufs Entleerung des Blutergusses und Stillung der Blutung. Narcose. Schnitt parallel dem rechten Poupart'schen Bande, 25 ctm lang. Zwei Querfinger vom Bande abstehend. Nach Durchtrennung der Bauchwand Peritoneum in die Höhe geschoben, Blutung aus der Wundhöhle, Peritoneum immer weiter und weiter abgelöst, um Zutritt zu der Wundhöhle zu erlangen. Der Bluterguss hatte das Peritoneum ganz abgelöst auf der rechten Fossa iliaca und reichte bis an die Niere. Nach Ausräumung aller Gerinsel endlich die Ränder des Uterusrisses freigelegt und die blutenden Gefässe gefasst. Art. uterina zerrissen, unterbunden am peripheren blutenden Ende, das centrale schwer zu finden. Endlich Blutung gestillt. Da auf Heilung ohne Eiterung bei einer so colossalen Wundhöhle nicht zu rechnen war, umsoweniger angesichts der vorausgegangenen geburtshilflichen Manipulationen, Riss nicht genäht, sondern Corpus utri fest tamponirt, Gaze durch die Scheide herausgeleitet, dann Höhle des kleinen Beckens mit Mikulicz's Sack ausgefüllt, der am inneren Winkel der im Uebrigen vernähten Schnittwunde herausgeleitet wurde, ein anderer Sack in der Richtung gegen die Niere hin eingelegt. Aether, Coffeïn. — Genesung. Am 12. Tage Mikulicz's Sack entfernt, dann 5 Tage lang Drain, den anderen Sack am 15. Tage. Nach einem Monat führte nur noch ein schmaler Kanal von der Hautschnittwunde zur Scheide. Uterus rechterseits fixirt, Kranke geheilt entlassen, die allem menschlichen Erachten nach ohne Operation gestorben wäre. Wichtig und lehrreich ist es, dass sich die Ränder des Uterusrisses und Gewölberisses gut hervorziehen liessen, bis in die Schnittwunde, also für das Auge gut zugänglich. Grösste Schwierigkeit, das centrale Ende der art. uterina aufzufinden, weil ganz vom Uterus abgerissen und retrahirt. Vorsicht dabei wegen des Ureters.

Am 2. 2. 1894 machte Krajewski noch eine Operation 24 Stunden nach Uterusruptur sub versione. Hochgradige Peritonitis. Uterus in toto entfernt, Mikulicz's Sack eingelegt, ohne die Peritonealtrichterwunde zu vernähen und im unteren Winkel der Bauchschnittwunde herausgeleitet. Diese Kranke starb aber an Sepsis schon am nächsten Morgen. Kr. hat überhaupt mit der operativen Behandlung der Peritonitis septica vorwiegend schlechte und enttäuschende Erfahrungen gemacht.

Kr. hat bis jetzt 5 mal wegen Uterusruptur operirt.

Bei completer Ruptur: 3 Mal in toto den Uterus exstirpirt. mit Bauchschnitt, zweimal wegen Blutung (beide Frauen genesen), einmal wegen Peritonitis (Tod); bei incompleter Ruptur: einmal Porro-Operation wegen Blutung (Tod) und einmal extraperitoneale Operation wegen Blutung (Genesung).

K. verlangt 1. Bauchschnitt und direkte Vernähung des Risses nur, wo Infection völlig ausgeschlossen ist, wo der Riss nicht auf das Lig. latum übergeht und bei Vernähung keine sogen. todten Räume bleiben. in denen sich Secrete stauen können.

2. Bauchschnitt und Totalexstirpation des Uterus überall, wo Infektion nicht auszuschliessen ist, wo die Rissränder so zerfetzt sind, dass eine genaue Adaption nicht zu erreichen ist, endlich, wo der Riss auf ein lig. latum übergreift.

3. Bardenheuer's extraperitonealen Schnitt bei inkompleter Ruptur mit grossem Bluterguss, der trotz Tamponade von der Scheide her zunimmt, ebenso nach stattgehabter Infektion bei inkompleter Ruptur behufs gründlicher Desinfektion und Drainage.

Die erste Totalexstirpation des Uterus wegen Ruptur vollzog Krajewski am 2. November 1890 mit Bauchschnitt, später noch zweimal, Gromadzki zweimal, Natanson einmal, Jasiński einmal. Auf 7 Operationen genasen 3 Frauen und 4 starben. Sämmtliche Operationen mit Bauchschnitt. Neugebauer vollzog eine Totalexstirpation wegen Ruptur von der Scheide aus in extremis.

Kr. verwirft die Trendelenburg'sche Lagerung bei der Uterusruptur, weil Blut und Fruchtwasser leicht bis an das Zwerchfell gelangen. Ebenso verwirft K. das von Josiński geübte Zunähen des Peritonealtrichters, weil es einen unnützen Zeitaufwand verursache; zweitens sei es bei nicht bezüglich stattgehabter Infektion reinen Fällen besser, den Trichter nach der Scheide und nach der Bauchwunde zu mit Gaze zu drainieren. Zum Schluss erhebt Kr. für sich den Prioritätsanspruch bezüglich der Totalexstirpation bei Ruptur. —

Stepkowski (80) beschreibt einen Fall von totalem Prolapsus uteri cum inversione vaginae bei einem 25jährigen Mädchen, das im Dezember 1894 von Neugebauer mit Ventrofixation und Kolpoperinorrhaphie operiert wurde. Nicht mehr als 30 Fälle von Totalprolaps bei Nulliparen bis jetzt beschrieben. Weinberg fand auf 184 Kranke nur 6 Nulliparas, v. Scanzoni auf 114 Frauen mit Prolapsus uteri nur 15 Nulliparas, darunter nur ein Mädchen (16jährig). Aetiologische Ansichten von Barnes, Mc. Clintock, West, v. Scanzoni, Klinge, Beigel.

25jähriges Mädchen, schwere Arbeit, im Kindesalter lange Brechdurchfälle. Von 17 Jahre an Regel, schon vorher ragte des Collum uteri aus der Schamspalte heraus, nach 3 Jahren Prolapsus vollkommen. Seit mehreren Jahren ständiger Husten. Prolaps vorn $12^1/_2$ hinten 11 cm lang, Umfang 25 cm an der Basis. Sonde nur 8 cm tief, also sehr geringe Elongation. Primärer Descensus uteri mit sekundärer Scheideninversion. Ursache: schwere Arbeit und Husten. Auch Liebmann's 17jährige Patientin arbeitete schwer vom 11. Jahre an, seit zwei Jahren trat bei Husten und Stuhlgang ein Tumor aus der Schamspalte. Prochownick's Fall bei einem 20jährigen Mädchen, Vorfall eines Uterus duplex nach schwerer Arbeit. In anderen Fällen mangelhafte Entwickelung der Beckenbodenmuskulatur und des Bandapparates bei vermehrter Thätigkeit der Bauchpresse. In Quisling's Fall in der zweiten Lebenswoche Diarrhoe mit Tenesmen; Mastdarm, dann Scheideninversion, Uterusvosfall. Tod: Spina bifida lumbalis, pes equinovarus. In Heil's Fall Tod eines Mädchens am 10. Lebenstage, spina bifida, Myelomeningocele, Hydrocephalus; Prolapsus uteri et vaginae vom dritten Tage an. In Schaeffer's Fall Spina bifida lumbalis, Myelomeningocele lumbosacralis. Nach v. Winckel Ursache hier Trophoneurose. Neugebauer sah mehrere Male Prolapsus uteri bei Nulliparis infolge von Beckenverengung, so einmal mit Fritsch und Olshausen 1880 in Halle bei Henriette R. (rachit. plattes Becken): hochgradige Lumballordose sah auch Veit als Ursache bei einem Mädchen von $14^3/_4$ Jahren mit Dorsalkyphose. v. Winckel sah acuten Uterusvorfall entstehen nach einem Fall von einer Leiter, Matlakowski bei einem 24jährigen Dienstmädchen nach Aufheben eines schweren Fauteuils. L. Neugebauer operierte ein 21jähriges Mädchen, der Totalprolaps war acut erfolgt mit Blutung beim Ausheben der erstarrten Düngerschicht am Boden des Kuhstalles mit einer Schaufel. Lehr sah bei einem 20jährigen Mädchen einen Vorfall entstehen: während des Tragens eines 8jährigen Kindes plötzliche Schmerzen im Bauche. Vorfall. In einem Falle von Fritsch wird als Ursache angegeben Platzen einer Ovarialcyste mit Erguss in die Bauchhöhle, Vorstülpung der Douglas'schen Tasche. Barnes sah ein Myom der hinteren Muttermundslippe als Ursache an. Nur ein einziges Mal (? N.) angeborener Prolapsus uteri beschrieben von Villaume (1843). Ursachen somit sehr mannigfach. (Referent hat eine ganze Reihe von Photogrammen aufgenommen bei Uterusvorfall infolge hochgradiger Beckenverengung, namentlich bei platten Becken, bei Kyphoscoliose).

Kosmiński (81) beschreibt als Anhänger der obligatorischen Sectio caesarea post mortem zwei Operationen aus dem Krakauer Lazarusspital, wo beide Male das Kind lebend extrahiert wurde und am Leben blieb. 1. 30 Ipara am Schwangerschaftsende kreissend, Albuminurie, plötzlicher Tod. 10 Minuten darauf Kaiserschnitt, Kind nach einer Viertelstunde belebt, einer Amme übergeben, Sektion der Mutter: Ruptura circularis partis ascendentis aortae subsequente hämopericardio insigni, processus atheromatosus trunci et valvularum semilunarium aortae, hypertrophia excentrica cordis sinistri, enteritis acuta, ulcera tuberculosa coeci, anasarca extremitatum inferiorum (N. 301. 1890). 2.) 32jähr. IIpara (N. 110. 1893) am Schwangerschaftsende, aber Geburt noch nicht begonnen, Herzfehler, Albuminurie, Tod an Herzlähmung, nach fünf Minuten Kaiser-

schnitt, das asphyktische Kind nach einer halben Stunde belebt und nach drei Wochen in das Findelhaus abgeliefert. Section der Mutter: Endocarditis verrucosa ostii venosi et arteriosi sinistri, stenosis ostii venosi sinistri. Oedema pulmonum.

II. Internationaler Gynäkologen-Congress in Genf.

Bericht erstattet

Von

Dr. O. BEUTTNER,

Privatdozent in Genf.

(Schluss.)

Einzel-Vorträge.

1. Gutierez (Madrid). Der acut auftretende Darmverschluss nach vaginaler Hysterectomie.

I. Der Ileus nach vaginaler Hysterectomie ist selbst dann ein gefährliches Ereigniss, wenn die Operation ohne Zwischenfall verlaufen war.

II. Obgleich wir den Mechanismus der Darmocclusion kennen, so sind wir bezüglich der Aetiologie noch im Ungewissen, indem wir nur im Stande sind, den ungünstigen Einfluss von bestimmten operativen Eingriffen nachzuweisen.

III. Um einem allfälligen Darmverschluss vorzubeugen, muss man vor der Operation den Darmkanal gut entleeren und mit lauwarmen Borlösungen auswaschen.

IV. Man muss die Klammer direkt an die Lig. lata anlegen, ohne dieselbe zu drehen und nach beendeter Totalextirpation das Peritoneum durch Nath schliessen damit die Darmschlingen leichter auf der glatten Unterlage sich fortbewegen.

Discussion: Jacobs. In den Fällen von Darmverschluss nach Operation muss man sich immer fragen, ob es sich nicht um Infektion handele und ob die Darmocclusion nicht nur ein Symptom dieser sei.

Das Wort „Shock" muss unterdrückt werden, da ein solcher nicht existiert; es handelt sich immer um Septicaemie.

Eine Darmocclusion kann aber auch auf rein mechanischem Wege entstehen, je nach der Technik, die man bei der vaginalen Hysterectomie verfolgt. Es muss namentlich die zwischen den applizierten Klemmen liegende vaginale Tamponade angeklagt werden. J. macht deshalb keine Tamponade mehr, sondern schliesst die Vaginalwunde mit einer einzigen in der Medianlinie angelegten Naht, wenn man während der Operation auf Eiter gestossen war; wurde kein solcher entdeckt, so schliesst J. die Vaginalwunde vollständig.

Reynier ist ebenfalls der Ansicht von Jacobs, dass viele Darmocclusionen ihre Ursache in einer Septicaemie haben; immerhin muss man aber auch die „Nerven" nicht ganz ausser Acht lassen, wie die Darmparese beweist.

R. glaubt auch, dass es nicht thunlich ist, die Bauchhöhle mit Gaze auszustopfen, ausgenommen, wenn es sich um Haemorrhagien handelt.

Pichevin. Es giebt doch einen Shock, der sogar experimentell nachgewiesen ist; er tritt sofort nach einer Laparatomie oder Hysterectomie auf.

P. hat einen Fall von Shock beobachtet, in dem absolut keine Mikroorganismen in der Peritonealhöhle nachgewiesen werden konnten.

Byford. Bei der vaginalen Hysterectomie gebraucht B. mit Vorliebe die Ligatur-Behandlung. Die Gefahren der Tamponade nach vaginaler Hysterectomie, ausgeführt mit Klemmen, rührt von dem hohen Sitze der Tampons her: es genügt, den Douglas'schen Raum zu tamponieren.

Rein. Es existiert ein Shock; amputiert man z. B. alle Extremitäten, so kann der Patient in Folge von Shock zu Grunde gehen. Dasselbe ist der Fall, wenn wir es mit einem Tumor zu thun haben, der solide und alte Verwachsungen mit den Därmen zeigt.

Jayle (Paris). Von 1890—1895 hat J. 500 Laparotomien verfolgen können; 40 davon kamen zur Autopsie.

In allen Fällen, in denen der Tod 24 Stunden nach der Operation eintrat, konnte eine peritoneale Septicaemie nachgewiesen werden, verursacht hauptsächlich durch Streptokokken.

2. Laroyenne. Gefahren nach Ovariotomie bei kurz darauf eintretender Schwangerschaft.

In die Charité zu Lyon trat eine 21jährige Multipara ein, um sich wegen einer umfangreichen Ovarialcyste operieren zu lassen. Die Operation verlief ohne Abnormitäten und kehrte Patientin wohlbehalten nach Hause zurück. Was die Operation anbetrifft, so wurde der Stiel der Cyste mit Seide unterbunden. Nach einem Monat stellte sich die Menstruation wieder ein, setzte dann aber drei Monate aus.

Dann erkrankte Patientin plötzlich mit heftigen Schmerzen im Abdomen, die an Heftigkeit immer mehr zunahmen; während fünf Tagen erbrach Patientin und hatte grosse Atembeschwerden, weshalb sie unter grosser Anstrengung zugereist abermals um Aufnahme in die Charité nachsuchte, woselbst sie nach einem Tage verstarb.

Bei der Autopsie konstatierte man, dass die Peritonealhöhle mit Blut ausgefüllt war und dass der Uterus einen circa zweimonatlichen Embryo enthielt. Die linke Kante des Uterus war in Verbindung mit einer Wunde des lig. latum auf der Höhe des abgebundenen Cystenstieles; die Seidenligatur war geöffnet und zwei Arterienlumina standen offen; aus diesen letzteren muss die Blutung erfolgt sein. Die Ursache dieser Blutung war entschieden der rasch wachsende, schwangere Uterus, der die lig. lat. und ebenso den Cystenstiel entfaltete und sich so der Ligatur entledigte.

Diese Beobahtung zeigt klar und deutlich die Gefahren einer nach Ovariotomie zu früh folgenden Schwangerschaft; sie zeigt uns aber auch den Weg des therapeutischen Handelns, wenn wir je wieder einmal einem ähnlichen Ereigniss gegenüberstehen würden.

3. M. Devet. Die vaginale Hysterectomie in Fällen von puerperaler Inversio uteri.

1. Die Abtragung des Uterus ist indiziert in Fällen von unreponierbaren Inversionen, wenn selbe schwere Komplikationen herbeiführen, wie wiederkehrende Blutungen, heftige Schmerzen, stinkender Ausfluss, Entzündungen der Adnexe und der lig. lata.
2. Die alten Methoden sind ungenügend und begünstigen septische Prozesse; die damit erzielten Resultate sind beklagenswerte.
3. Die elastische Ligatur nach dem Vorgang von Périer kann angewendet werden, wenn man keine Erfahrung betreffs der neueren Verfahren hat; aber eine solche Behandlung dauert lange Zeit, sie ist schmerzhaft, sie erfordert tägliche Inanspruchnahme und ist nicht sicher. 8 : 5 pCt. Mortalität.
4. Die vaginale Total-Exstirpation ist immer dann anzuwenden, wenn es sich um nicht reponierbare Inversionen handelt. Um Verletzungen der Organe zu verhüten, die sich etwa im invertierten Peritonealsack finden könnten, ist es vorteilhaft, den Uterus nach der von Doyen angegebenen Methode median zu spalten.

4. M. Bossi (Genua). Zur Technik der Hysterectomie.

B. ist weder absoluter Anhänger der Klemmenbehandlung, noch der Ligaturbehandlung. Je nach den auftretenden Komplikationen kann man beide Verfahren kombinieren.

B. beginnt immer mit der Ligatur der Arteria uterina und öffnet darauf das Peritoneum. Je nach der Menge und Ausdehnung der Adhärenzen, je nach der Grösse der Tumoren wird Ligatur oder Klemme angewandt, immerhin so, dass letztere für die komplizierten Fälle reserviert wird.

B. benützt nie Dilatationsinstrumente, sondern exploriert vermittelst der Finger.

5. M. H. Delagénière. Abdominale, totale Myomectomie.

D. verfügt über eine Statistik von 10 neuen Myomoperationen, die durch die Art und Weise des operativen Eingreifens interessant erscheint.

Die eingeschlagenen Modifikationen beziehen sich auf 3 Punkte:

1. Vorbereitung der Kranken,
2. Blutstillung und
3. Behandlung nach der Operation.

Die Vorbereitung der Kranken beschränkt sich auf eine möglichst genaue Desinfektion der Scheide und des Cervicalkanales, antiseptische Spülungen und Verbände.

Die provisorische Blutstillung bietet keine Besonderheiten dar.

Die definitive Haemostase ist komplizierter. D. unterbindet 4 Stiele entsprechend den 4 Hauptarterien.

Um die Arteria uterina zu unterbinden, wird in der lateralen Scheidenwand parallel der circulären Umschneidung jederseits eine Seidenligatur eingelegt.

Sämmtliche Klemmen, welche die Uterina und deren Verzweigungen mitfassen, werden nach der Beckenachse zu umgedreht, um so mit Seidenligaturen nach aussen von den Klemmen abbinden zu können. Man erhält auf diese Weise einen an die Vagina angehefteten Stiel. Um die Arteria spermatica zu unterbinden, wird in der gleichen Weise vorgegangen wie bei der Abtragung der Ovarien, insoweit dies die Stielbildung betrifft. Die Blutstillung der Vaginalwunde wird durch drei Seidensuturen erzielt, die von hinten eingelegt werden und die Vagina mit dem Wundtrichter vereinigen; hernach wird das Peritoneum fortlaufend genäht.

Drainage mit Gummi-Röhren; letztere sollen nie länger als 48 Stunden belassen werden; Vaginaltamponade muss oft erneuert werden; antiseptische Injectionen.

Unter 30 Fällen nach dem eben beschriebenen Operationsmodus operiert, sind 28 Heilungen und 2 Todesfälle zu verzeichnen.

6. M. Boussier (Bordeaux). Ueber Incontinentia urinae bei beginnendem Uterusprolaps; operative Behandlung.

Es giebt wahre und falsche Inkontinenz, mit oder ohne Schmerzen; aber immer zeigt sich die eine oder andere Abart in der stehenden Stellung; des weiteren verstärkt sie sich bei Ueberanstrengung und verschwindet in Rückenlage.

Die Grundursache dieser Erkrankung liegt in der Urethra, deshalb hat man diese auch bezüglich Behandlung in erster Linie in Betracht zu ziehen.

Bei einem einschläglichen Fall machte B. ein Curettement mit Amputation der Cervix, eine ausgedehnte Dammplastik und des weiteren eine urethrale Incision mit Elevation der Urethra nach dem Vorgang von Pousson.

Die betreffende Kranke verliess das Krankenhaus vollständig geheilt.

Die urethrale Behandlung ist in Frankreich nicht angenommen worden; verschiedene Autoren (Pozzi, Comar) sind der Ansicht, dass eine Kolporrhaphia anterior genüge.

In einem weiteren, von B. vermittelst Cervix-Amputation, Dammplastik und vorderer Kolporrhaphie operierten Fall trat wohl Heilung des beginnenden Prolapses ein, allein die Inkontinenz dauerte weiter.

Die Urethra muss also stets noch besonders operativ behandelt werden.

7. Beuttner (Genf). Zur Technik der Einführung von Gaze in den Uterus.

B. publizierte bereits im Jahre 1892 im Centralblatt für Gynaekologie ein Instrument, das dann in der Folgezeit von Frank (Altona) verbessert wurde. Das verbesserte resp. modifizierte Beuttner'sche Instrument ist von Frank im Juniheft der Therapeutischen Monatshefte 1896 beschrieben worden.

B. demonstriert und bespricht ein weiteres von ihm angegebenes Instrument. Dasselbe zeigt die Form des Fergusson'schen Spekulum, doch mit der Modifikation, dass es aus zwei Halbrinnen zusammengesetzt ist, die durch zwei seitliche Geleise so miteinander in Verbindung gebracht werden können, dass eine vollständige Röhre entsteht.

Die der hinteren Vaginalwand entsprechende Rinne besitzt einen gut fassbaren Griff und trägt eine metallene Leiste zur event. Befestigung des Beuttner'schen Jodoformgazebehälters.

Will man nun die Scheide oder die Portio inspicieren, so wird das metallene Spekulum wie ein Fergusson'sches eingeschoben; hat man die Portio eingestellt und will vielleicht den Uterus kurettieren oder überhaupt nach unten dislocieren, so wird die vordere Rinne herausgezogen und der vorher mit einer Kugelzange gefasste Uterus nach unten dislociert.

Will man nach gemachtem Curettement oder aus irgend einem anderen Grunde tamponieren, so befestigt man an der metallenen Leiste den vorher mit Gaze versehenen „Gaze-Behälter."

Um die Gebärmutter möglichst tief herabziehen zu könneu, zieht man nach Entfernung der vorderen Halbrinne auch die hintere etwas herab, damit das hintere Scheidengewölbe sich genügend einstülpen kann; es ist eben nicht zu vergessen, dass das neue Instrument die Eigenschaften des Fergusson'schen und diejenigen der Rinnenspecula zu vereinigen hat.

Will man nur die Scheidenwand inspizieren, so wird man das Instrument in toto einschieben, gerade wie beim Fergusson, oder man wird die hintere Rinne liegen lassen, damit sie die Vaginalwände etwas entfaltet, während die vordere Rinne nach Bedürfniss hinausgezogen werden kann.

In dieser Weise können die verschiedensten Partieen der Scheidenwand in bequemster Weise dem Auge und einer event. Behandlung zugänglich gemacht werden.

9. Beuttner (Genf.) Anatomische Untersuchungen die Alexander-Kocher'sche Operation betreffend.

B. hat an 12 Cadavern 24 Alexander-Kocher'sche Operationen ausgeführt und dabei eine grosse Variabilität im Auftreten und in der Beschaffenheit des lig. rotund. konstatiert.

B. vertheidigt hauptsächlich folgende zwei Sätze:

1. Bei Ausführung der Alexander'schen Operation muss das lig. rotundum stets am inneren Leistenring oder doch im Leistenkanal selbst aufgesucht werden.
2. Bei Ausführung der Alexander'schen Operation müssen die Lig. rotunda, wie dies Kocher vorgeschlagen, stets nach oben, d. h. nach den Spinae anteriores superiores zu fixirt werden.

10. Beuttner (Genf). Ulcera rotunda vaginae.

Zahn hat als Erster diese Krankheit der Scheide beschrieben. Beuttner hat dann zum ersten Mal an der Hand von 8 Fällen ein einheitliches Krankheitsbild entworfen; den 8 bisherigen Fällen, von denen zwei von Beuttner in der „Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie" beschrieben wurden, wird ein neuer Fall beigefügt.

Was die Aetiologie dieser Erkrankung anbetrifft, so müssen näher gelegene Ursachen, wie Arterien und Venenveränderungen, sowie entferntere Ursachen wie Herzhypertrophie, senile Herzveränderungen, Mitralstenose, chronische Lungenveränderungen, Nephritis, venöse Stauung infolge perimetritischer Verwachsungen etc. in Betracht gezogen werden; in zweiter Linie sind pathologisch veränderte Uterussekrete anzuschuldigen.

Mikroskopische Besprechung des neunten Falles.

11. Planellas (Valencia). Curettement bei Endometritis.

I. Das Curettement bildet die Grundlage der chirurgischen Behandlung der Endometritis.

II. Um definitive Resultate zu erlangen, muss man dem Curettement eine weitere Behandlung folgen lassen, die je nach der Art der Krankheit wechselt. Die der Ausschabung des Uterus nachfolgende Behandlung sei eine Lokal-

behandlung, die eine völlige Asepsis des Uterus-Innern zu erstreben hat und die unter Anwendung von Antisepticis, von Adstringentien, von Haemostaticis und von Causticis. mehr oder weniger konzentriert, die normale Regeneration der Uterusschleimhaut zu unterstützen hat.

III. Unter den Medikamenten, die günstig auf eine normale Regeneration des Endometrium einwirken, sind zu nennen: Sublimat, Jodoform, Zinkchlorid, Ichthyol, Tannin und ganz besonders das Creosot.

IV. Manchmal kann man diesen Regenerations-Prozess durch eine roborierende Behandlung unterstützen.

V. Die Unzulänglichkeit und die Notwendigkeit, ein Curettement bei richtig diagnosticierten Endometritiden zu wiederholen, rührt. wenn keine Adnex-Erkrankungen vorhanden sind, davon her, dass man keine der oben angeführten Nachbehandlungen angewandt oder doch eine solche nur unvollständig durchgeführt hat.

12. Dr. Aman jun. (München). Ueber einige nicht genitale, in's Becken hineinragende Tumoren.

Manche Geschwulstbildungen im Abdomen beanspruchen das Interesse des Gynäkologen dadurch, dass sie so nahe an die Genitalorgane herantreten, dass sie differential-diagnostische Schwierigkeiten bieten können. Aus diesem Grunde kommen gerade die tiefer im Abdomen befindlichen derartigen Tumoren mehr zur Beobachtung der Gynäkologen als der Chirurgen. Manchmal kann auch erst nach Eröffnung der Bauchhöhle der Ausgangspunkt genauer ermittelt werden. Es scheint daher zweckmässig, wenn die Gynäkologen auch in dieser Richtung ihre Erfahrungen veröffentlichen. Verf. hatte in den letzten Jahren Gelegenheit, hierher gehörige Geschwülste zu beobachten. von denen er 3 ihrer grossen Seltenheit halber mitteilt.

Fall I. 38jähr. Pat. I. par., seit einém Jahre erhebliche Zunahme des Leibes; Abmagerung des übrigen Körpers. Patientin wird mit der Diagnose Ovarialtumor zu Verf. geschickt. Untersuchung: ein grosser, fluktuierender Tumor füllt das ganze Abdomen aus, ragt in's kleine Becken hinein; der kleine anteflektierte Uterus ist nach abwärts verdrängt; die Adnexe sind wegen starker Spannung des Leibes nicht zu fühlen.

Laparotomie. Die Tumor-Oberfläche ist bräunlich verfärbt. Bei Punktieren des Tumors entleert sich reichlich hämorrhagisch gefärbte Flüssigkeit; beim Hervorwälzen erkennt man den Stiel nicht nach abwärts, sondern von enormen Venen begleitet, aufwärts zwischen Leber und Magen verlaufend. Nach Beiseiteschieben der Leber wird die obere Kuppe des Tumors zwischen den grossen Gefässen im Mesogastrium ausgeschält, wobei sich auch eine derbere strangartige Partie, als eine Art Stiel gegen die Wirbelsäule zu erkennen lässt, die dann in Etagen unterbunden wird.

Hierbei entsteht im Mesogastrium ein handtellergrosses Loch, das mit Catgutnähten sorgfältig wieder geschlossen wird. Der Tumor war also retroperitoneal in das Mesogastrium eingelagert, ging mit einem Stiel an der Wirbelsäule von der Gegend des Pankreas aus und hatte in seinem weiteren Wachstum den Magen nach hinten und oben verdrängt; er ragte somit vor den Eingeweiden in's kleine Becken herab.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine reichlich kleinzellig infiltrierte, bindegewebige, derbe Wand; auf den papillären Auflagerungen, sowie auf der Innenfläche der Cyste war nirgends Epithel nachzuweisen.

Histologisch liess sich also keine Beziehung zum Pankreas nachweisen. wie auch der weitere Verlauf, der ein vollkommen reaktionsloser, glatter, war, keineswegs dafür Anhaltspunkte bot. Es muss wohl der Tumor von irgend einem versprengtem Keime ausgegangen sein.

Im 2. Falle handelte es sich um eine 48jährige Patientin, welche seit etwa $^3/_4$ Jahren eine Zunahme des Leibes, mit starkem Druckgefühl unterhalb der Leber bis zum Becken herab bemerkte.

Die Untersuchung zeigte einen besonders nach rechts hin das Abdomen ausfüllenden, ziemlich derben Tumor, gegen welchen der Uterus abgrenzbar war;

die linken Adnexe waren leicht zu fühlen; das rechte Ovarium als wenig verschieblicher Körper dem unteren Pol des Tumors anliegend.

Bei der Laparotomie zeigte sich der von Därmen überlagerte Tumor retroperitoneal gelegen, vom unteren Leberrand bis zum kleinen Becken reichend. Das rechte Ovarium war ebenso wie eine Reihe von Därmen leicht mit der Tumoroberfläche verwachsen. Der Tumor wurde nun möglichst aus dem peritonealen Ueberzug herausgeschält, was zunächst nur im Bereiche der vorderen Oberfläche gelang: hierauf wurde ein Incision in den Tumor gemacht, wobei sich eine dicke, breiige Masse entleerte. Besonders innig hing der Tumor mit der Fascie der hinteren Bauchwand und der rechten Seite der Wirbelsäule zusammen. Bei der Auslösung des Tumors riss eine Adhäsion von der Leber resp. der Leberrand selbst ein, was aber nur eine geringe Blutung veranlasste, die durch Vernähung einiger Adhäsionen wieder gestillt wurde. Nach vollkommener Entfernung des Tumors war die dahinter gelegene rechte Niere vollkommen frei beweglich geworden. Nach Stillung der Blutung vereinigte Verfasser daher 2 Fascien in der Weise, dass die Niere dadurch in einer Tasche an ihrer normalen Stelle wieder fixiert wurde; hierauf schloss er die Peritonealblätter mit einer fortlaufenden, von der Leber bis in's kleine Becken reichenden Catgutnaht.

Der Tumor bestand aus einem einzigen cystischen Hohlraum mit ziemlich dicker Wandung, an deren innerer Seite eine bedeutende Anzahl von Knochenplatten angelagert war; die dicken breiähnlichen Massen bestanden hauptsächlich aus regressiv veränderten Fibrinmassen und Zelldetritus. Der Ausgangspunkt dieses Dermoids ist wohl ebenfalls auf eine versprengte Keimanlage zurückzuführen. Mikroskopisch war kein Epithel zu finden, sondern nur bindegewebige Massen. Die Genesung erfolgte ohne jede Störung.

Im 3. Falle handelte es sich um ein 23jähriges Mädchen von blühendem Aussehen, das mit der Wahrscheinlichkeits-Diagnose „Gravidität" zu Verf. geschickt wurde. Die Untersuchung ergab einen nahe bis an den kleinen Uterus heranreichenden, sehr derben, fast kopfgrossen, unverschieblichen Tumor, gegen welchen das Ovarium schwer abzugrenzen war.

Bei der Laparatomie zeigte sich, dass der Tumor vollkommen von Därmen überlagert, retroperitoneal rechts neben der Wirbelsäule gelegen war. Verfasser schob die Därme bei Seite und musste, um näher an den Tumor heranzukönnen, die rechte Bauchwand noch nach der Seite hin spalten. Hierauf wurde der Tumor, der besonders fest mit der Wirbelsäule zusammenhing, ganz aus dem Peritoneum ausgeschält. Nach Stillung der geringen Blutung in der Tiefe vereinigte Verfasser wieder das Peritoneum in der Längsrichtung bis ins kleine Becken hinein, sodann die Bauchwunde, auch den seitlichen Teil derselben, in Etagennähten.

Die Heilung verlief vollkommen glatt.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es ein sehr derbes, wohl von der Fascie ausgehendes Fibrosarcom vorlag.

Es handelte sich somit um 3 retroperitoneal gelegenen Geschwülste, welche von verschiedenen Punkten ihren Ausgang nahmen und bis ins kleine Becken hineinragten und z. Z. oberflächlich mit den Genitalorganen vorwachsen, differential-diagnostische Schwierigkeiten darboten.

In der Litteratur finden sich wenig analoge Fälle. Ein dem ersten papillären Tumor, mit blutig serösem Inhalte entsprechender Fall mit gleichem Ausgangspunkte der Geschwulst scheint nicht publiziert zu sein. Es mag sein, dass vielleicht einige von den unter „Pankreas-Cysten" erwähnten Fällen entsprechende Tumoren darstellten. Von Dermoiden mit Knochenbildungen, die retroperitoneal gelegen, ist ein Fall von Voelkner, in Path. Trans. 1890 bei einem 4 Monate alten Kinde und von Bonfigli in Riv. di clin. di Bol. 75 eine Dermoidecyste im Lig-gastro-colicum beschrieben. Ferner sind Dermoide beschrieben von Herrera (Mexico) (Dermoid in der linken Lumbalgegend), von Deahna (retrorectales bis zum Nabel reichendes D.), von Griffith (im Omentum) und von Schmid (im Mesent.), dem Sitze nach entspricht aber nur der Voelkner'sche Tumor dem 2. Falle des Verfassers. Von den in der Litteratur erwähnten Fibrosarkomen entspricht keiner der Lage nach dem 3. Falle des Verfassers. Von Fibrosarkomen ist nur eines von Zernsdorf und zwar bei einem Manne beschrieben. Retroperitoneale und mesenterial gelegene Sarkome und

Myxo-Sarkome beschreiben Terrier, Norman, (Nasse), Thiriar, Chadwick, Kirmisson, (Johnson), Fränkel und Kaufmann.

Es wäre zu wünschen, dass die Gynäkologen ihre diesbezüglichen Erfahrungen möglichst veröffentlichen.

13) Amann jr. (Muenchen): Ueber Cysten des Wolff'schen Ganges.

a) Entwickelung.

Vor der Entstehung der weiblichen Genitalorgane befinden sich an der hinteren Wand der Bauchhöhle zu beiden Seiten der Wirbelsäule die beiden Urnieren oder Wolff'sche Körper mit ihren caudalwärts bis zum Sinus urogenitalis verlaufenden Ausführungsgängen, den Urnierengängen oder Wolff'schen Gängen. Die Entwickelung der Müller'schen Gänge beginnt am kranialen Ende der Urnieren seitlich; die Müller'schen Gänge wachsen nun entlang den Seitenkanten der Urnieren caudalwärts, bleiben an den Wolff'schen Gängen und kreuzen die letzteren, so dass sie im untersten Teile medialwärts von den Wolff'schen Gängen gelegen sind.

b) Reste der Wolff'schen Gänge und Körper beim erwachsenen Weibe.

1) Urnierenreste. Ein Teil der Kanäle der Urniere findet sich in der Marksubstanz des Ovariums als epitheliale Kanälchen, die sogenannten Markstränge.

Der Hauptrest der Urniere stellt das sogenannte Parovarium dar: epitheliale Schläuche, welche sich in der Mesopalpinx zwischen Ovarium und Tube befinden.

Auch im Tubenwinkel des Uterus scheinen manchmal Reste der Urniere selbst entsprechend dem Strahlenanhang Kobelt's vorhanden zu sein (in Form kleinerer gewundener Epithelkanälchen).

2. Reste des Wolff'schen Ganges, die sogenannten Gärtner'schen Kanäle.

Sie finden sich z. T. in der seitlichen Uteruskante, z. T. neben derselben im Lig. latum zwischen den Gefässen. In der Gegend der Cervix sind sie meist weiter in die Uteruswand eingelagert. Vielfach finden sich gerade hier Ausbuchtungen und Nebenkanälchen, die den Vesiculae seminales im analogen Abschnitte des Ganges beim Manne entsprechen könnten. An dieser Stelle können die Gangreste ziemlich nahe an den Uteruskanal herantreten.

Im Bereiche der Vagina können sich die Reste der Gänge seitlich und etwas nach vorne bis in die Gegend des Hymens vorfinden.

c) Neoplastische Veränderungen dieser Gänge.

Im Ovarium scheinen manche cystische Veränderungen auf die Markstränge zurückzuführen zu sein. Dadurch, dass der Ausgangspunkt im Hilus Ovarii sich befindet, wird das Ovarium wie von unten her auseinander gedrängt und ist somit der untere Teil der Cyste noch mit Peritoneum überzogen.

Die Auskleidung fand ich in zwei derartigen Fällen aus flimmerndem, einschichtigem Cylinderepithel gebildet. Auch papilläre Auflagerungen können in diesen „Markstrangcysten" vorkommen. Der Inhalt ist vollkommen wasserhell und dünnflüssig. Wohl dürfte auch ein Teil der Flimmercysten des Ovariums auf diese Markstränge zurückzuführen sein.

Die parovarialen Cysten sind sehr häufig. Sie sind vollkommen mit Peritoneum überzogen, haben eine meist sehr dünne Wand, in anscheinend sehr vielen Fällen eine Flimmerepithelauskleidung. Das Epithel ist niedrig cylindrisch, einschichtig; papilläre Auflagerungen in denselben sind nicht selten. Der Inhalt ist wasserhell, dünnflüssig und enthält kein Paralbumin.

Von den cystischen Veränderungen der im Bereich des Uterus verlaufenden Wolff'schen Gangreste sind bisher wenige beschrieben. Von vornherein ist bei diesen Cysten vorauszusetzen, dass sie entweder in die Uteruswand selbst eingelagert oder doch hart an derselben in der Basis des Lig. latum sich befinden. Vom klinischen Standpunkte haben gerade diese Fälle ein besonderes Interesse, da sie infolge ihres innigen Zusammenhanges mit dem Uterus diagnostisch Schwierigkeiten bereiten können und ferner die operative Entfernung derselben stellenweise unmöglich werden kann.

Im Verlauf der letzten Jahre habe ich folgende hierhergehörige Fälle operiert:

1. B. 49 Jahre, 1 Geburt; seit circa einem Jahre bemerkt Patientin ein Grösserwerden des Leibes, sowie starken Druck gegen Blase und Mastdarm. Bei der Untersuchung finden sich multiple cystische Tumoren, tief in's Becken hereinragend, den Uterus, der bes. an seiner linken Kante nicht genau von den Cysten abgegrenzt werden kann, nach vorne und oben verdrängend. Bei der Laparotomie zeigt sich eine grosse rechtsseitige dünnwandige Tubo-ovarialcyste, darunter eine leicht ausschälbare Parovarialcyste. auf der linken Seite war die Tube entlang einer dünnwandigen Cyste ausgezogen, das Ovarium daneben erhalten. Unter dieser Cyste ragte in die Tiefe des Beckens eine weitere Cyste hinein, deren obere Kuppe, dünnwandig, den klaren Inhalt derselben erkennen liess. Eine Ausschälung war unmöglich, indem sich nach Eröffnung der Cyste zeigte, dass ein rosenkranzförmiger über fingersdicker Teil derselben in die linke Seitenkante des Uterus eingelagert war und bis an's Vaginalgewölbe heranreichte. Es wurde daher nach Entleerung und möglichster Resektion der Cyste der Rest wieder mit Peritoneum übersäumt und versenkt. Die Bauchhöhle wurde also nach Entfernung der rechtsseitigen tubo-ovarialen und parovarialen und des grössten Teiles der linksseitigen Cysten geschlossen. Im Innern der erweiterten rechtsseitigen Tube zeigten sich zottige, papillomatöse Hervorragungen, die sich bei histologischer Untersuchung als primäres Tubencarcinom erkennen liessen.

Die Heilung erfolgte reaktionslos.

2. Fall. G. 46 Jahre; 2 Geburten; seit 1 $^1/_2$ Jahren bemerkt Patientin ein Grösserwerden des Leibes und Druckbeschwerden im Kreuz. Seit mehreren Jahren sind stärkere Menorrhagien vorhanden. Die Untersuchung ergiebt einen cystischen, fast das ganze Abdomen ausfüllenden Tumor; der nicht ganz abtastbare Uterus zeigt unregelmässige Höcker. Bei der Eröffnung des Abdomens konnten die verschiedenen Abteilungen der cystischer Geschwulst erkannt werden. auf der rechten Seite zeigte sich eine sehr grosse Ovarialcyste, an welche die Tube angelagert war, darunter befand sich, direkt anschliessend, eine tief in's kleine Becken hineinragende klaren Inhalt enthaltende Cyste; beim Versuch diese scheinbar parovariale Geschwulst auszuschälen zeigte sich, dass dieselben in die rechte Kante des myomatösen Uterus hineinentwickelt war, so dass eine Entfernung vollkommen unmöglich schien. Ich entschloss mich daher, den ohnedies myomatösen Uterus nach Ausschälung der untersten Kuppe der erwähnten Cyste aus der Tiefe des Beckenbodens zugleich mit der letzteren supravaginal zu amputieren und zu entfernen. Das linke Ovarium war in einen faustgrossen, im Douglas ziemlich verwachsenen, papillären Tumor mit klarem Inhalt verwandelt und wurde ebenfalls zugleich mit dem Uterus entfernt. Die Wunde im Beckenboden, sowie der Uterusstumpf wurde mit Peritoneum übersäumt und die Bauchhöhle verschlossen. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter. Bei Betrachtung des Präparates erkennt man, dass der cystische Tumor, der eine ganze Anzahl papillärer Exkreszenzen enthält in der Art zum Teil noch in die Uterussubstanz hineinragt, dass die rechte Uteruskante förmlich der Länge nach gespalten in zwei Lamellen auf die vordere und hintere Cystenwand ausstrahlt.

Einige Centimeter oberhalb des inneren Muttermundes reicht die innig mit der Uterussubstanz zusammenhängende Cyste ca. 1 cm weit an die Uterushöhle heran.

Die übrigen cystischen Gebilde zeigen durchgehend klaren, dünnflüssigen Inhalt und ziemlich zarte Wandungen.

Die histologische Untersuchung ergiebt überall ein ziemlich niederes Cylinderepithel, ob Flimmern an demselben waren, liess sich am gehärteten Präparate nicht mehr entscheiden. Das Epithel der Uteruscyste war im Allgemeinen etwas niederer als das der übrigen Cysten.

3. Fall. W. 50 jährige Frau; 2 Geburten. Gefühl des Druckes gegen das Kreuz im letzten Jahre zunehmend; Leib in den unteren Partien etwas vergrössert. Die Untersuchung ergiebt neben dem anteponierten und elevierten Uterus äusserst derbe prall-elastische Tumoren, welche besonders rechts weit ins kleine Becken herunterragen. Bei der Laparotomie zeigte sich die linke Tube in einen kleinen apfelgrossen Hydrosalpinx verwandelt, das linke Ovarium frei; rechte Tube und Ovarium unverändert, dagegen wurde die

Hauptgeschwulst von einer kindskopfgrossen, rechtsseitigen Parovarialcyste gebildet, an welche sich nach abwärts in den Beckenboden hinein ein weiterer cystischer Tumor im Lig. latum entlang der rechten Uteruskante bis zum Vaginalgewölbe anschloss.

Nach Entfernung der linksseitigen Hydrosalpinx wurde die rechtsseitige parovariale Cyste ausgeschält und versucht, auch den tiefen ins Becken eingelagerten cystischen Tumor auszuschälen, was jedoch nicht gelang. Nach möglichster Resektion der betreffenden Cystenwand und teilweiser Verkleinerung des Tumors mittels Peritonealnähten wurde durch den unteren Winkel der Bauchwunde ein Jodoformgazestreifen in den restierenden Teil der Cyste behufs deren Obliteration eingeführt.

Die Heilung verlief reaktionslos.

Die histologische Untersuchung ergab einschichtige Cylinderepithelauskleidung.

4. Fall. L. 42 Jahr, Nullipara; Zunahme des Umfanges des Leibes seit zwei Jahren, Gefühl des Druckes im Becken; mehrfach Uebelsein. Die Untersuchung ergiebt cystische Tumoren bis über Nabelhöhe und tief ins kleine Becken hereinragend. Der Uterus infolge der starken Spannung der Tumoren nur im unteren Teile abtastbar. Bei der Laparatomie zeigte sich, dass die Hauptcyste dem linken Eierstock entspricht, an dieselbe heranreicht und mit derselben in Kommunikation befindet sich eine kindsfaustgrosse Hydrosalpinx.

Nach Entfernung der ziemlich stark mit der Umgebung verwachsenen Cyste erkennt man den Uterus durch Myomeinlagerungen etwas vergrössert, die rechtsseitigen Adnexe frei, dagegen unterhalb derselben ein cystisches Gebilde, das die rechte Hälfte des Beckens vollkommen ausfüllt und entlang der rechten Uteruskante tief ins kleine Becken hereinragt. Die Ausschälung dieser von oben her als parovarial erscheinenden Cyste gelingt in der Tiefe nicht; es muss somit ein Teil der Cyste nach Uebersäumung mit Peritoneum zurückgelassen werden. Die Heilung verlief ohne Störung.

5. Fall. E., 32 Jahre, Nullipara. Bei der Untersuchung zeigt sich der Uterus aus dem Becken heraus verzogen durch äusserst prall gespannte, das kleine Becken fast vollständig ausfüllende Cysten. Bei der Laparatomie erkennt man links neben dem Uterus, fast bis zum Nabel reichend eine grosse parovariale Cyste, deren unterste Kuppe aus dem Beckenboden nicht ausschälbar ist; auf der rechten Seite einen kleineren tief in die Basis des Lig. lat. und an die Cervix Uteri angelagerten cystischen Tumor; beide Tumoren haben einen klaren, wasserhellen Inhalt. Der linke cystische Tumor wird zum grössten Teile reseciert, der Rest mit Peritoneum übersäumt, der rechte nur durch Punktion entleert. Bauchwunde wird geschlossen.

Von vorstehenden Fällen ist Fall 1 und 2 am klarsten und einwandfreisten als Cyste des Wolffschen Ganges aufzufassen, indem in Fall 1. die rosenkranzförmige, in der Uterussubstanz selbst gelegene Partie des Tumors mit dem Zeigefinger leicht ausgetastet werden konnte uud im Fall 2 am herausgenommenen Präparate die Einlagerung der Cyste in den myomatösen Uterus klar zu Tage lag. In den anderen Fällen reichen die fraglichen cystischen Gebilde nur wenig in die Uterussubstanz selbst hinein; liegen derselben jedoch so innig und direkt an und befinden sich so sehr in der Tiefe des Lig. lat., dass an ein secundäres Hineinwuchern parovarialer oder ovarialer Kystome wohl nicht gedacht werden kann.

In den angeführten Fällen entspricht auch die Lage der Cystenbildungen dem durch verschiedene Untersuchungen festgestelltem Verlaufe des Reste des Wolffschen Ganges, d. h. der Gärtnerschen Kanäle.

Auffallend ist das gleichzeitige Vorhandensein von Myomen in dreien der erwähnten fünf Fälle.

In der Litteratur findet sich schon bei Rokitansky die Ansicht erwähnt, dass ein Teil der Vaginalcysten der im Uterus vorkommenden und demselben angelagerten Cysten auf die Wolffschen Gänge zurückzuführen sei. Ferner wurde besonders dieser Ausgangspunkt für die Vaginalcysten von G. Veit, v. Preuschen, Gräfe, v. Winckel, J. Veit, Riedel, Muscatello, Pestalozza, Pasquale-Poso u. A. mehr betont. Für Uteruscysten und para-uterine Cysten wurde von Coblenz, Fischel, Löwenthal, Klein, Recklinghausen, Breus, Pilliet-Souligouse, Routh und Knauer der Ursprung von den Wolffschen Gängen behauptet.

Bei gleichzeitigem Vorhandensein von Myomen oder in solchen selbst wurden Cysten derartigen Ursprungs von Breus (2 Fälle) und Recklinghausen (2 Fälle) beschrieben. Die am weitesten im Uterus, nahe am Cavum gelegene Cyste des Wolffschen Ganges wurde von Knauer beschrieben. Betrachten wir diese sämtlichen, auch die bisher in der Litteratur erwähnten Fälle, so ergiebt sich bezüglich der Topographie der Cysten, dass sie entweder rosenkranzförmig neben oder zum Teil in den Uterus eingelagert sein können, oder zu grösseren das Lig. lat. bedeutend aus einander drängenden Gebilden anwachsen können. In den tieferen Partien und an der Uteruskante hängen sie dann so fest mit der Umgebung zusammen, dass sie an diesen Stellen nicht ausgeschält werden können. Besonders in der Cervixgegend aber auch höher oben in der Gegend des Corpus Uteri, wie in Fall 2, können sie nahe an die Uterushöhle herantreten. In diagnostischer Beziehung kann bei der bimanuellen Untersuchung durch die pralle Spannung und dem innigen Zusammenhange mit dem Uterus eine Verwechselung mit Myomen leicht vorkommen. Bei der Operation werden die vorhin erwähnten Momente durch Eröffnung der Cyste und Austasten mit dem Finger, besonders gegen den Uterus hin festzustellen sein. Ferner ist selbstverständlich, wie bei den parovarialen Cysten, ein peritonealer Ueberzug vorhanden; die Wand ist ebenfalls wie bei letzteren dünn, weisslich, durchschimmernd und der Inhalt in den meisten Fällen wasserhell, dünnflüssig. Nur in den Fällen von Recklinghausen und Knauer war Schleimbeimengung vorhanden. Bei der histologischen Untersuchung lässt sich das Moment der Anwesenheit von Muskelbündeln, die gewöhnlich um parovariale Schläuche und Wolffsche Gänge beim Fötus und Neugeborenen sich finden, kaum verwerten, wie die Untersuchungen von Ampt gezeigt haben. Das Epithel fehlte in den Fällen von Löwenthal und Klein (1. Fall); in den meisten Fällen scheint das Epithel einschichtig, niedrig, cylindrisch zu sein und auf einem lockeren Bindegewebe, das elastische Fasern enthält, aufzusitzen. In der grösseren Anzahl der Fälle sind Flimmern nachzuweisen gewesen, (so bei Recklinghausen, Breus und Knauer und 2 Fällen des Verf.)

Das auffallende Zusammentreffen von Myomen und parovarialen Cysten resp. Cysten des Wolff'schen Ganges kann wohl kaum als einfache Wandverdickung des Wolffschen Ganges (Gottschalk) erklärt werden. Ob eine nochmalige Degeneration von diesen Cysten aus stattfinden kann, ist fraglich, doch können papilläre Auflagerungen in solchen entstehen, wie der Fall 2 des Verf. zeigt. Bezüglich des Ausgangspunktes der Cysten könnten bei den in der Corpuswand gelegenen Cysten eventuell auch die Kanälchen der Urniere, die z. T. als Strahlenanhang in der Tubenecke (Kobelt) sich vorfinden, eine Rolle spielen.

Die hierhergehörigen Vaginalcysten, die nicht besonders selten sind, sind von den erwähnten Autoren bereits eingehender beschrieben. Von ihnen sei hier nur noch der Fall von Routh hervorgehoben, welcher eine rosenkranzförmige Vaginalcyste neben dem Uterus hinauf bis in eine Parovacialcyste verfolgen konnte.

Die Cystenbildungen der Urnieren- und Urnierengangreste kommen offenbar nicht durch einfache Sekretretention zu Stande, sondern sind bedingt durch aktive Proliferation des die Kanälchen auskleidenden Epithels, da es sich in den meisten Fällen um ein dichtgedrängtes Cylinderepithel im Bereiche der ganzen Auskleidung handelt.

1. Der Wolff'sche Gang kann in seinem Verlaufe neben und in dem Uterus zu parauterinen und uterinen Cysten Veranlassung geben.
2. Die im unteren Teile des Uterus gelegenen Gangreste können Cystenbildungen, welche näher an die Uterushöhle heranreichen, bedingen, die höher oben liegenden mehr solche, welche der Kante anliegen.
3. Die Auskleidung dieser Cysten ist wohl ein zumeist flimmerndes, mittelhohes, einschichtiges Cylinderepithel, das auf einem lockeren, nicht immer Muskelfasern enthaltendem Gewebe aufsitzt.
4. Der Inhalt ist meist klar, dünnflüssig, in seltenen Fällen mucinhaltig.
5. An der Innenfläche können papilläre Wucherungen auftreten.
6. Die Diagnose kann meist wohl erst bei der Operation gestellt werden und beruht der Hauptsache nach auf der Einlagerung in die Seitenkante des Uterus oder dem direkten Anliegen an den Uterus und Zwischenlagerung zwischen den uterinen Gefässen.

7. Bei der Operation muss man entweder auf die Exstirpation der tiefsten Teile verzichten oder den Uterus mit exstirpieren oder den Rest der Cyste nach Vernähung in die Bauchwand drainieren oder von der Vagina aus incidieren und drainieren.

14. Mangin. Behandlung des Uterus-Prolapses. Spätere Resultate.

Die Statistik von M. erstreckt sich auf 192 Fälle, bei denen die verschiedensten Operations-Verfahren in Anwendung kamen.

Bei jungen Personen kommen Kolporrhaphien und Dammplastiken in Betracht, die aber ihre Nachteile haben.

M. hält die Alexander'sche Operation in der Mehrzahl der Fälle für nutzlos, ebenso die Hysteropexie. Bei sämtlichen Kranken wurde das Collum amputiert.

M. erreichte gute Resultate mit der Hegar'schen Operation, die er folgendermassen modifiziert hat: Curettement, wenn Notwendigkeit vorhanden; systematische Amputation der Cervix, selbst wenn sie nicht erkrankt, vordere Kolporrhaphie mit trapezoider Anfrischung. Die Basis des Trapezoides in der Nähe der Portio, Ablösung der Blase ohne Eröffnung der Exav. vesico-uterina im Falle von Retroversion, tiefe und oberflächliche transversale Suturen. Hintere, ebenfalls trapezoide Kolporrhaphie: die Basis des Trapezoides in der Vulvagegend, hierauf Perinorrhaphie. Die Suturen müssen immer transversal gelegt werden um die Vagina nicht zu verkürzen. Die Vagina darf nach vollendeter Operation kaum den Zeigefinger passieren lassen.

15. Schmeltz (Nizza). Zur Behandlung des Uterusprolapses.

Die beste Behandlung des Uterusprolapses ist die Kombination der vaginalen Hysterectomie mit der Kolporrhaphie und der Kolpoperineoplastik. S. hat dieses Operationsverfahren in der Weise modifiziert, dass er bei Ausführung der Kolporrhaphia anterior die Vaginalschleimhaut einfach incidiert und die Schleimhaut mit dem Finger von der Unterlage loslöst.

Die Hysterectomie wird vermittelst Ligaturen ausgeführt, um die Kolporrhaphien nicht unmöglich zu machen. Die Kolpoperineoplastik wird modifiziert nach Lawson Tait ausgeführt.

16. Byford (Chicago). Ueber die Verkürzung der Ligg. rotunda auf vaginalem Wege.

Die Methode, die B. anwendet, besteht in einer T-förmigen Incision auf der vorderen Vaginalwand, in der Lösung der peritonealen Adhärenzen mit Annähung des Corpus Uterus an das Blasenperitoneum. Verkürzung der Ligg. rotunda auf vaginalem Wege und Schluss der Wunde durch transversale Suturen, welche den Querteil des T in die Medianlinie ziehen.

17. Blondel (Paris). Coccygectomie. Einfluss der Beweglichkeit des Steissbeines auf die Retrodeviationen.

Ungerechterweise wird das Steissbein bezüglich der Statik des Uterus ausser Acht gelassen.

Durch eine Luxation (von 2—3 cm) des Steissbeines nach vorne wird bewirkt, dass die Scheide nach unten gleitet; die hintere Scheidenwand stülpt sich um und damit ist ein wichtiges aetiologisches Moment für das Zustandekommen einer Retrodeviation gegeben.

Nach einer event. Geburt ist das Gleiten der Vagina nach unten noch erleichtert durch die Schlaffheit des Vaginalrohres und die geringe Verschlussfähigkeit der Vulva.

Was die Therapie anbelangt, so glaubt B., dass sehr lange Pessare nach dem Typus der Hodge'schen gute Dienste leisten; auch kommt die hintere Colporrhaphie in Betracht.

Hat man es mit mobilen Retro-Deviationen zu thun, so muss man immer zu ermitteln suchen, ob das Steissbein verlagert ist; bestehen keine Schmerzen, so wird man mit der Pessarbehandlung auskommen; sind Schmerzen vorhanden, so kommt die Coccygectomie in Anwendung mit Fixation des Levator am Kreuzbein.

18) Hartmann-Paris. Behandlung des retroflectierten, schwangeren Uterus.

Jacobs hat auf dem Congress zu Bordeaux 10 Fälle von retroflectiertem, schwangeren Uterus mitgeteilt, die er mittelst Hysteropexie behandelte.

H. ist der Ansicht, dass die Frucht indem sie sich immer mehr und mehr entwickelt, auch den Uterus aus seiner fatalen Lage befreit. Die Correctur ist aber oft durch einfache Manipulation von der Scheide aus möglich.

Die Laparotomie ist nur dann angezeigt, wenn es sich um ausgedehnte Adhaesionen handelt, was selten ist.

Morisiani und Cortejarena sind ebenfalls der Ansicht, dass eine operative Behandlung stets umgangen werden kann.

19) Stapfer-Paris. Die Kinesiotherapie der Retrodeviationen des Uterus. St. berichtet über 85 Fälle von Verlagerungen des Uterus nach rückwärts, die er vermittelst Massage und Gymnastik behandelt hat. St. zieht diese Art der Behandlung allen anderen vor und glaubt, dass operativ nur ganz selten vorgegangen werden müsse.

20) Woskressenky-Kiew. Die Massage der Ovarien. Die Massage der Ovarien bessert und heilt die entzündlichen Erkrankungen derselben; Andererseits verschwinden die Ovarial-Neurosen, welche die Erkrankung der Ovarien oft begleiten, oft auf einfache Massage hin. Diese letztere modifiziert in vorteilhafter Weise die Menstruation, insofern Störungen derselben von Ovarial-Erkrankungen abhängig sind.

Bevor man einen kleineren Ovarial-Tumor operiert, muss stets die Massage versucht werden.

21) R. Pichevin und A. Pettit (Paris). Leucoplasia vaginalis.

Die Leucoplasia vulvo-vaginalis, verschieden von der Vulvo-vaginitis und der Kraurosis-vulvae, charakterisiert sich durch eine Infiltration der oberflächlichsten Schichten mit Leucocyten und hyalinen Kugeln, durch eine Abnahme des Stratum granulosum und eine chronische Entzündung der Lederhaut.

22) Brodier (Paris). Congenitale Cysten der Scheide.

B. hat zwei Fälle von Scheidencysten operiert, die sowohl wegen ihres Inhalts, als auch ihres engen Zusammenhanges mit der Urethra und ihrer länglichen Gestalt als congenitale bezeichnet werden müssen.

Geburtshilfliche Gesellschaft zu London.

Sitzung vom 6. Mai 1896.

Vorsitzender: Dr. Champneys.

Vertagte Diskussion über Deciduoma malignum.

Dr. Kanthack, vom Vorsitzenden aufgefordert, die Diskussion zu eröffnen, stimmte in allen wesentlichen Punkten mit Dr. Eden's Ausführungen überein. Es war notwendig, eine solche Frage nicht vom Standpunkt des Spezialisten, sondern von dem des allgemeinen Pathologen zu betrachten. Dass das Deciduom eine maligne Neubildung ist, darüber sind alle einig; aber die einen führen seinen Ursprung auf die Deciduazellen zurück, andere auf syncytiale Massen und schliesslich eine Autorität sogar auf das Bindegewebe der Chorionzotten. Wenn man die verschiedenen Veröffentlichungen durchgeht, findet man, dass diese Deciduome hinsichtlich ihrer Natur entweder Sarkome sind, und dann sollen sie sich aus den Deciduazellen entwickelt haben, oder Carcinome und dann stammen sie aus dem Syncytium. Es ist klar, dass „Deciduoma", abgesehen von

seiner hybriden Form, ein schlechter Ausdruck, weil nicht umfassend genug, ist. Er möchte zwei andere Namen vorschlagen, nämlich „Syncytioma" oder „Trophoblastoma". Er selbst glaubt fest, dass das Deciduom ein typisches Sarcom ist. Sicher waren die meisten beschriebenen oder vorgezeigten Deciduome reine Sarcome. Er stimmt Dr. Eden zu, dass Dr. Whitridge William's Fall ein unzweifelhaftes Sarcom und sicher kein Carcinom war. Prof. Spencer hatte seinen Fall als ein Deciduom beschrieben, das hauptsächlich aus syncytialen Massen bestand, und hatte grosses Gewicht auf den Tumor in den Lungen gelegt. Letzterer war sekundär von der Uterusgeschwulst ausgegangen und sicher ein Sarkom, ja nicht einmal ein aussergewöhnliches. Die Uterusgeschwulst war eigenartig, aber bot nichts dar, was sich nicht mit Sarkomen anderer Körperteile in Einklang bringen liess. Rutherford Morison's Fall konnte Niemand für etwas anderes als ein Sarkom halten, da es in gewissen Lagen breite Plasmodial-Zellen (syncytiale Massen) enthielt. Dr. Hebb's Präparat wurde ebenfalls als Sarkom angesprochen, da die sekundäre Geschwulst in den Lungen sogenannte syncytiale Massen zeigte. Die plasmodischen oder syncytialen Massen sollen durch folgende 3 Punkte charakterisiert sein: a) Fehlen der Zellmembram, b) tiefe Färbung der Kerne. c) Vakuolenbildung. Er (Dr. Kanthack) behaupte, dass ähnliche plasmodische Massen, gebildet durch Zellverschmelzung, in vielen rasch wachsenden Sarkomen vorkämen und dass es unrecht sei, nach der morphologischen Analogie zu behaupten, dass diese plasmodischen Massen vom Syncytium abstammen. Einige Autoren hätten ihre Präparate als aus Decidualzellen entwickelte Sarkome beschrieben. Jene seien Bindegewebszellen, verändert unter dem unbekannten proliferierenden Einfluss der Schwangerschaft. Wie Dr. Eden richtig bemerkte, sei die Decidualzelle nicht für Schwangerschaft charakteristisch. Es sei notwendig, bevor man ein grosszelliges Sarkom ein Deciduom nenne, nachzuweisen, dsss 1. Schwangerschaft unwiderleglich bestanden habe (diese Bedingung blieb in vielen Fällen unerfüllt), 2. die Schwangerschaft vor dem Auftreten des Sarkoms bestanden habe.

Dr. Clarence Webster (Edinburgh), der seiner Freude Ausdruck gab, an der Versammlung teilnehmen zu können, äusserte, er wolle sich, da er keine Präparate von Deciduoma malignum gesehen habe mit Ausnahme derer von Rutherford Morison und Spencer vorgezeigten, in seinen Bemerkungen sich auf gewisse Punkte beschränken, auf die er bei der Prüfung verschiedener ververöffentlichter Fälle geachtet habe. und sich hauptsächlich auf einige embryologische, ihn besonders interessierende Fragen bezögen. Wie viele Andere dort in Schottland sei er von dem Auftreten dieser neuen Bezeichnung sehr überrascht gewesen. Die maligne Natur der Erkrankung schien erwiesen; abgesehen von der Neuheit des Namens gäbe es, wie er glaubte, nichts in den klinischen Symptomen, was man nicht vorher in Fällen primärer maligner Erkrankungen des Uterus gekannt habe. Auch sei der Zusammenhang von Malignität mit Schwangerschaft oder Puerperium nichts Unbekanntes. Das beunruhigende Element der neuen Krankheit schiene ihm in der Pathologie und Aetiologie des Zustandes oder vielmehr in der Verschiedenheit der Ansichten der Autoren zu liegen. So würden die folgenden Behauptungen über die Natur der Neubildung aufgestellt, nämlich dass sie sarkomatös, dass sie carcinomatös sei, dass die sowohl aus sarkomatösem wie aus carcinomatösem Gewebe bestehe. Ueber das ursprüngliche Gewebe der Neubildung würde angegeben: 1. — von Seiten der Mutter — epitheliale Elemente der Mucosa, Bindegewebselemente der Mucosa, Muskelfasern der Uteruswand; 2. — von Seiten des Foetus — epiblastische Elemente der Zotten, vereinigt epiblastische und mesoblastische Elemente der Zotten; 3. mütterliche und foetale Elemente combiniert. Nähme man alle veröffentlichten Fälle zusammen, so liessen sich nach der mikroskopischen Beschaffenheit drei deutliche Typen erkennen. 1. In einigen bestünden Tumor und Metastasen aus Zellen von sarkomatöser oder carcinomatöser Gestalt, 2. andere bestünden aus Zellen wie unter 1 zusammen mit Massen plasmodischen Gewebes gleich dem normaler Weise im Zusammenhang mit der Placenta gefundenen Syncytium, und 3. wieder andere bestünden aus obigen Bestandteilen zusammen mit zottigen Strukturen, ganz ähnlich den Zotten der Placenta, wie sie sich hier normaler Weise oder in dem als Blasenmole bekannten Zustande fänden. Die Natur des Syncytium der Schwangerschaft sei lange umstritten worden. Einige behaupteten, es entstünde aus dem Epithel der Uterusschleimhaut, Andere, es sei eine foetale Bildung epiblastischer

Natur, die wirkliche äusserste Schicht frühzeitiger Eier. Den foetalen Ursprung könne man jetzt nicht mehr leugnen. Er sei verschiedentlich, besonders von Van Beneden und Hubrecht, klar dargelegt worden. Der mütterliche Ursprung des Syncytium sei verteidigt worden, als es noch keine so sorgfältige Technik in der Mikrotomie gab als jetzt. Wenn man beweisen könne, dass das Syncytium, welches sich im Zusammenhang mit diesen malignen Geschwülsten finde, dasselbe sei wie das der Schwangerschaft, und wenn es sich auch in metastatischen Geschwülsten finde, so müsse man zugeben, dass, was immer der Ursprung der anderen Tumorzellen sei, der syncytiale Teil einer malignen Entwicklung des foetalen Epiblasts zukomme, welches als Produkt der Conception auf der Uterusschleimhaut wuchere. Doch müsse man eine andere Frage regeln, bevor man solch einen Schluss ziehe, nämlich: wie weit eine plasmodiale Bildung um sich greifen könne im Zusammenhang mit einer Sarkomgeschwulst, unabhängig von dem Einfluss der Schwangerschaft. Kanthack behaupte, diese Veränderung sei ziemlich häufig in Sarkomen von verschiedenen Geweben des Körpers. Dies sei ein wichtiger Punkt gegen den Glauben von der Entwicklung dieser Uterustumoren aus dem Schwangerschafts-Syncytium.

Dr. W. E. Fothergill (Manchester) sagte, die meisten Punkte aus Pathologie und Litteratur über den Gegenstand, worüber er sich selbst klare Anschauung gebildet, seinen von den Herren Kanthack und Webster erwähnt worden, deren Ansicht er vollständig theile. Er möchte jedoch gern die fraglichen Punkte auf einen breiten und einfachen Weg weisen. Von den 28 oder 29 Autoren, deren Arbeiten er kenne, seien nur wenige der gleichen Ansicht und noch weniger gebrauchten sie die gleiche Nomenklatur. Einige von ihnen drückten nicht scharf aus, was sie unter Krebs und Sarkom verstünden, und andere machten nicht einmal einen deutlichen Unterschied zwischen Mutter und Foetus. Es gäbe zweifellos vier Gewebe, von denen die fraglichen Geschwülste logischer Weise ausgehen können, nämlich vom Bindegewebe und Epithelialgewebe der mütterlichen Decidua und vom epithelialen und Bindegewebe des Chorion. Nun, maligne Neubildungen, entstehend aus den decidualen Bindegewebszellen, seien Sarkome und solche aus decidualem Epithel Carcinome (oder Epitheliome oder Adenome, je nach dem Falle). Möge nun Schwangerschaft oder ein anderer Umstand die Ursache sein, die Geschwülste seien eines von beiden oder eine Mischung aus beiden. Es gäbe keinen Grund für die Anwendung eines neuen Namens für solche Fälle, und das einzige Ergebnis ihrer Veröffentlichung sollte sein, die Aufmerksamkeit auf die Schwangerschaft als Urheberin zu lenken, als eines Factors, in der Aetiologie maligner Veränderungen im Uterus übersehen worden sein könne. Liesse es sich aber nachweisen, dass foetales Epithel oder Epiblast innerhalb der mütterlichen Gewebe leben und wachsen können, dann hätten wir es zweifellos mit einer neuen pathologischen Erscheinung zu thun.

Marchand erweckt die Hoffnung auf eine Vereinfachung wenn er sage, dass alle neuerdings beschriebenen und verschieden benannten Formen vom Epithel abstammt, aber an einer anderen Stelle sähe er doch wieder Verwirrung, indem er das Epithel in zwei Arten, Syncytium und Epiblast des Chorions zerlege. Nur ein Beobachter, Gottschalk, habe behauptet, dass fötales Bindegewebe in den besprochenen Geschwülsten vorliege. Die entscheidende Frage sei, ob das Epiblast, man nenne es Syncytium oder wie man wolle, Neubildungen im Uterus erzeugen und metastatische Geschwülste anderswo bilden könne. Gegenwärtig gebe es keinen Beweis dafür. Würde dieser erbracht, so sei das neue „Chorion-Carcinom" willkommen, vorher nicht. Wenn es anerkannt würde, so geschehe es aber nicht unter dem täuschenden und unnötigen Missnamen des „Deciduoma malignum".

Nach einigen Bemerkungen von Dr. Lewers, erklärte Mr. Bland Sutton, seine eigenen Ansichten in dieser Frage seien einfach: ein Deciduom sei ein auf decidualem Gewebe entstandenes Sarkom. Was andere Geschwulstarten betreffe, welche aus Chorionzotten entstehen sollen, so zöge er eine Haltung äusserster Skepsis vor. Ihr Auftreten sei möglich, aber ihre Existenz sei noch nicht zufriedenstellend bewiesen.

Dr. Alban Doran betonte, Rutherford Morison's Fall sei entschieden ein Fall jener Erkrankung, welche die Deutschen „Deciduoma malignum" benennen, was sonst die richtige Auslegung dieser Krankheit auch sein möge. Einige Autoren seien überzeugt, dass ein wahres Deciduoma malignum gäbe, aber sie hätten nicht mit der Möglichkeit des Zusammentreffens eines einfachen

Sarkoms mit Schwangerschaft bei jungen Frauen gerechnet. Allerdings fanden Apfelstedt und Aschoff Gewebe einer Blasenmole als Metastase in einem Labium maj. drei Monate nach der Ausstossung der Mole aus dem Uterus. Deciduales Gewebe sei kaum verwickelter gebaut, seine Verstreuung durch Metastasen sei also wohl denkbar. Andererseits sei man doch zu emsig gewesen, um Decidual-Gewebe in primären und sekundären Geschwulst-Ablagerungen zu finden. So seien im „Centr. f. Gyn." vom 2. Mai die zwei letzten Fälle von Deciduom berichtet. Die Patientinnen seien 38 resp. 42 Jahre alt gewesen. Für beide Fälle sei es viel wahrscheinlicher, dass es sich um ein Epitheliom gehandelt habe. Der erste Fall sei auch als Epithel-Krebs vor mehr als 20 Jahren beschrieben worden, so dass es kaum wissenschaftlich sei, ihn nun als Deciduom zu bezeichnen. Im zweiten Fall sei der Uterus fast zwei Jahre nach der Ausstossung einer Blasenmole entfernt worden und es seien Metastasen vorhanden gewesen. Die Gesellschaft könne nicht zugeben, dass das Bestehen eines malignen Deciduoms als verschieden von einem durch den Reiz der Schwangerschaft entstandenen Sarkom erwiesen sei.

Dr. Spencer meinte, dass es nur geringe Bedeutung habe, ob die Erkrankung zu den Sarkomen oder Carcinomen zähle, ebenso, mit welchem Namen man sie belege. Die wirklich wichtige Frage sei, ob wir es mit einer gewöhnlichen malignen Geschwulst des Uterus zu thun hätten oder mit einer solchen, welche sich aus den Produkten der Zeugung (mütterlich oder fötal) entwickelt habe. Alle Thatsachen sprechen zu Gunsten letzterer Anschauung.

Dr. Eden freue sich, dass die Herren Kanthack und Webster seinen Zweifel über die Identität der bei malignem Deciduom gefundenen Plasmodien-Massen mit dem placentaren Syncytium teilten. Die Frage der Identität hänge von einem Punkt ab, nämlich, ob das placentare Syncytium spezifische Charaktere besitze, wodurch es von kernhaltigen Protoplasmamassen aus anderen Quellen unterschieden werden könne. Er glaube nicht, dass die Plasmodien-Massen in diesen Geschwülsten blos nach ihrer mikroskopischen Beschaffenheit mit dem Syncytium identifiziert werden könnten. Würde die weitere Erfahrung lehren, dass maligne Neubildungen aus prolieferierenden Placentarzotten im Uterus entstehen und auf dem gewöhnlichen Wege der Metastasierung sich ausbreiten könnten, so würden diese Geschwülste eine wirkliche Bereicherung unserer Pathologie sein. Das sei aber einleuchtend, dass die Bezeichnung „Deciduoma malignum" für Neubildungen aus Placentazotten eine ganz unpassende sei.

Zum Schluss der Discussion äusserte der Vorsitzende, die Debatte habe sich entschieden als sehr nutzbringend erwiesen, da der Gegenstand nicht nur auf Grund eigener Erfahrungen, sondern auch mit wissenschaftlicher Kritik und logischer Schärfe erörtert worden sei. Beim Lesen der berichteten Fälle habe er sich oft gefragt, wie auch bei anderen „neuen" Krankheiten, wie man solche Fälle denn früher genannt habe. Er meine, ohne dessen gewiss zu sein, die meisten seien als Formen von Krebs oder Sarkom angesehen worden. Die Discussion habe ergeben, dass die vorliegende Frage noch lange nicht geregelt und dass es noch zu früh sei, eine neue Krankheit auf die Liste zu setzen.

Vorzeigung von Präparaten:

Dr. Lewers. Zwei Uteri, wegen Cervix-Carcinom durch vaginale Hysterectomie entfernt.

Dr. Alban Doran. Cystisches Myom des Uterus, über 15 Pfund schwer.

Dr. Robert Wise. Placenta, Nabelschnur, Fötus und Eihäute eines Abortes aus dem 5. Monat.

Mr. Malcolm. Zwei solide Ovarialtumoren.

Dr. Horrocks. Elastische Ballons zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

Zum fünfzigjährigen Jubiläum der Aether-Narkose.

In dem alten Amphitheater des „Massachusetts General Hospital“ zu Boston hatten sich am 16. Oktober eine Anzahl hervorragender Aerzte und Laien zusammengefunden, um einen Geburtstag in der Geschichte der Medizin festlich zu begehen. An dieser Stelle verstummte vor fünfzig Jahren zum ersten Male der Schmerzensschrei, welcher Jahrhunderte hindurch der Werkstätte des Chirurgen das düstere Gepräge einer Folterkammer gegeben hatte.

Um diese, für das ganze leidende Menschengeschlecht wichtige Stunde im Geiste wieder zu durchleben, hatte man das Innere des alten Operationssaales so hergerichtet, wie vor fünfzig Jahren, als Dr. Morton, umgeben von den ersten Chirurgen Boston's, einen Kranken durch Einathmen von Schwefeläther in einen schlafähnlichen Zustand versetzte, während dessen die erste schmerzlose Operation ausgeführt wurde. Als dieselbe erfolgreich beendet war, und der erwachte Kranke den erstaunt und bewundernd Umstehenden erklärte, dass er nichts gefühlt habe, da rief der Operateur begeistert aus: „Dies ist der Sieg über den Schmerz“.

Dieser Sieg der Wissenschaft über den Schmerz bildete den Hauptinhalt der Festreden, welche von Ashhurst jr. und Weir Mitchell in Philadelphia, Mc. Burnly in New-York u. A. gehalten wurden. Mit tiefempfundenen Worten wurde auch diesem Entdecker von der Nachwelt der Dank gezollt, den seine Zeitgenossen ihm aus Unverstand und Neid versagt hatten.

Auch in Deutschland, wo die von Sir James J. Simpson ein Jahr später entdeckte anästhesirende Wirkung des Chloroforms den Aether fast verdrängt hatte, gewinnt der letztere seit einigen Jahren immer mehr Anerkennung, und findet wieder die verdiente Würdigung, besonders seit Julliard in Genf durch Wort und Beispiel zu einer, vor allem in der Gynäkologie, fast allgemeinen Wiederaufnahme der Aethernarkose geführt hat. Möge deswegen auch in diesen Blättern ein kurzer Rückblick auf die Geschichte und Geschicke des Aether und seines Entdeckers einen Platz finden.

William T. G. Morton wurde 1819 zu Charleston im Staate Massachusetts geboren. Nach kurzem Versuche auf kommerziellem Gebiete widmete er sich im Alter von 21 Jahren der Zahnheilkunde. 1841 wurde er Gehülfe bei dem Zahnarzt Horace Wells in Boston und ein Jahr später dessen Theilhaber. Da Morton erfahren hatte, dass Wells, welcher inzwischen nach Hartford verzogen war, mittels Lachgas (Stickstoffoxydul) Patienten betäube, um schmerzlose Zahn-Extractionen zu machen, wollte er dasselbe Mittel anwenden, wandte sich deshalb an seinen alten Lehrer, den Arzt und Chemiker Dr. Jackson, um Rat betreffs der Gewinnung dieses Gases. Dieser machte ihn auf die Schwierigkeit und das Umständliche der Gasbereitung aufmerksam und fügte hinzu, er könne dieselbe Wirkung mit Schwefeläther erzielen, und erzählte ihm dann von den „Aether-Scherzen“ (ether-frolics), die unter den Studenten von Cambridge, wie auch an anderen Orten des Landes üblich wären, bei welchen einige der Teilnehmer zur Belustigung der übrigen Anwesenden durch Inhalieren von Aether sich in einen betäubten, der Betrunkenheit ähnlichen Zustand versetzten. Schon an dem-

selben Abend, den 30. September 1846, wandte Morton bei einem Patienten Aether an, und machte eine schmerzlose Zahn-Extraction. Er versuchte sofort die neue Erfindung patentieren zu lassen, stiess jedoch auf Schwierigkeiten, da sein Rechtsbeistand die geistige Urheberschaft Jackson's anerkennen musste und deswegen nicht glaubte, Morton ein rechtskräftiges Patent erwirken zu können, weshalb er den Vorschlag machte, dass Beide, Morton und Jackson sich um das Patent bewerben sollten. Diesen Vorschlag musste Jackson ablehnen, da er Mitglied der „Massachusetts State Medical Society" war, welche es in ihren Statuten aus ethischen Gründen verbot, eine Erfindung patentieren zu lassen, die das Wohl und Wehe von Kranken betrifft.

Da er ausserdem wohl die Kritik seiner Kollegen fürchtete, wählte er den in diesem Falle in der That „goldenen" Mittelweg zwischen dem Dornenpfade, welchen ihm die Ethik jener Gesellschaft als sein offizielles Gewissen wies und dem ihm viel sympathischeren Wege, der ihn zum Reichtum zu führen versprach, und übertrug alle seine Rechte und Ansprüche auf Morton, dessen Stellung als Zahnarzt weniger zarte Rücksichten und ein minder kompliziertes Berufsgewissen erheischte, wofür dieser sich zu einer Abgabe von 10 pCt. aller Einnahmen verpflichtete. Kaum im Besitz des ersehnten Patentes wusste Morton das Interesse und den Beistand eines der Chirurgen des „Massachusetts General Hospital" zu gewinnen, welcher den ersten öffentlichen Versuch mit dem neuen Mittel auf den 16. Oktober ansetzte. Die Kunde von dem neuen, schlaferzeugenden Mittel war schon in weitere Kreise gedrungen, sodass an dem Tage eine grosse Zahl Studenten und Gäste den Operationssaal füllte. Der Kranke hiess Gilbert Abbott, war unverheiratet und seines Zeichens Schriftsetzer. Eine Geschwulst, welche die ganze eine Seite des Halses dunkel verfärbte und vom unteren Rande des Unterkiefers bis zur gland. maxillaris sich erstreckte, griff in der Tiefe bis in die Mundhöhle und auf den Rand der Zunge. Aus diesen ungenauen Angaben liesse sich schliessen, dass eine teleangiectatische Geschwulst, ein ausgedehnter Naevus der Gegenstand der ersten Operation unter Aethernarkose gewesen ist, von deren Verlauf der Operateur Dr. Warren selbst eine lebendige, bemerkenswerte Schilderung hinterlassen hat.

„Der Patient war für die Operation in eine sitzende Lage gebracht und alles war schon seit einer halben Stunde in Bereitschaft, jedoch Dr. Morton war noch nicht erschienen. Schon wollte ich beginnen, als er hastig eintrat und sich wegen der Verspätung entschuldigte, welche durch eine kleine, am Apparat vorgenommene Veränderung entstanden sei. Der Patient musste dann eine Flüssigkeit einathmen, welche in einer mit einem Glasballon in Verbindung stehenden Röhre sich befand. Nach 4—5 Minuten schien er zu schlafen und nach Morton's Dafürhalten bereit für die Operation. Ich führte einen Schnitt von 3—4 Zoll Länge in der Richtung der Geschwulst, ohne dass der Patient zu meinem grossen Erstaunen auffuhr, aufschrie, noch irgend ein Zeichen von Schmerz äusserte. Die Fascie wurde dann gespalten und noch schien der Patient völlig gefühllos. Als dann die Isolierung der Venen folgte, fing er an, seine Beine zu bewegen, aufzuschreien und wunderliche Laute auszustossen. Diese Phänomene liessen mich an dem Erfolge der Operation zweifeln und nicht eher wurde ich darüber beruhigt, bis der Patient,

sowohl gleich nach der Operation, als auch bei späterer Gelegenheit stets angab, dass er nichts gefühlt habe; jedoch fügte er hinzu, dass er sich der Operation bewusst gewesen wäre und den Schnitt so empfunden habe als hätte man ein stumpfes Instrument rauh über seinen Hals gezogen."

Wie eine Wundermär durchlief die Nachricht von dieser Erfindung die ganze civilisierte Welt und die Chirurgen aller Länder eilten in Schaaren zu den Centren der Wissenschaft, um sich von ihrer Wirklichkeit durch den Augenschein zu überzeugen. Am 2. Januar 1847 machte Liston die erste Operation unter Aether-Narkose in London und wenige Tage später wurde im Hotel Dieu zu Paris ein luxierter Oberschenkel unter Aether-Narkose eingerenkt. Einer der Anwesenden war Thiersch welcher als junger Chirurg das damals tonangebende Paris aufgesucht hatte und später gern die Eindrücke von dem dort Erlebten in seiner drastischen Weise schilderte und gerade von jener Scene seinen Zuhörern ein Bild voll Leben und Empfindung entwarf.

Während man in Europa allerseits der herrlichen Erfindung zujubelte, dieselbe mit Begierde ergriff und verwerthete, entspann sich in Amerika ein widerlicher Kampf um die Priorität, welche ungefähr von einem Dutzend Aerzten beansprucht wurde, und es entstand eine Opposition gegen den Gebrauch eines patentierten Medikamentes, welches Morton durch Zusatz von ätherischen Oelen unkenntlich gemacht hatte und unter dem Namen „Letheon" verkaufte. (Die Bezeichnung „Anästheticum" und „Anästhesie" rührt her von Oliver Wendell Holmes, dem bekannten Vorläufer von Semmelweis.) Die Gegnerschaft wurde bald so mächtig und drohend, dass er sich gezwungen sah, die wahre Natur seines Mittels zu veröffentlichen, dessen man sich sofort allgemein bemächtigte, ohne sich um das Patentrecht zu kümmern. Die Regierung, welche ein solches verliehen hatte, war taub gegenüber den Klagen und verhielt sich ablehnend gegenüber den zahlreichen Prozessen, die nun von Morton angestrengt wurden und sein ferneres Leben hindurch bis zu seinem tragischen Ende all sein Denken und Handeln erfüllte.

Den zahlreichen Historiographen hat es aber doch viel Mühe gekostet, festzustellen, wessen Ansprüche auf die Priorität der Erfindung anzuerkennen seien, da besonders von vier Männern ein Jeder mit anscheinend gutem Recht die Hand nach dem Lorbeer ausstreckte, nämlich Long, Wells, Jackson und Morton. Obschon es unanfechtbar festgestellt werden kann, dass Long hunderte von Kilometern entfernt von jedem Weltverkehr, in ländlicher Einsamkeit und Abgeschiedenheit sich oft an den auch dort üblichen „Aether-Scherzen" betheiligt hatte und seine Freunde und Anwälte in dem Streite, unter denen Marion Sims der einflussreichste war, den Beweis brachten, dass Long dabei Beobachtungen über die anästhesierende Wirkung des Aether gemacht habe, wenn der Scherz zu weit getrieben wurde; dass sich ihm der Gedanke von dessen Anwendung bei chirurgischen Operationen nicht nur aufgedrängt, sondern dass er denselben auch ausgeführt und lange vor Morton zu verschiedenen Malen — am 30. März und 6. Juni 1842, dann im September 1843 und weiter 1845 — Operationen unter Aethernarkose ausgeführt habe, so hörte doch die Welt nichts von derselben, bis er seine Erfahrungen, und dies erst in dem Jahre

1849, veröffentlichte. Für wie unwichtig musste er doch selbst seine zufällig gemachten Beobachtungen halten, dass er sieben Jahre hindurch schwieg und sich mit denselben im Urwalde versteckt hielt. Wells hat zweifellos neben dem Stickstoffoxydul auch Versuche mit Aether gemacht, jedoch denselben als unbrauchbar verlassen, um sich mit der Wirkung des Lachgases zu begnügen. Ferner kann nicht geleugnet werden, dass Jackson schon eher die Wirkung des Aether kannte, dass er Morton auf dieselbe hinwies und ihn zu den Versuchen veranlasste. Dennoch bleibt die Thatsache unbestritten, dass Morton zuerst zielbewusst und erfolgreich den Aether als ein Anästheticum angewandt hat.

Während Long wartete, Wells sich abwandte und Jackson grübelte, während alle die Anderen, denen die rechte Verwendung greifbar nahe gelegen hatte, weder handelten noch dachten, war es der praktische Morton, der mit Entschlossenheit zur That schritt, der nicht nur den Aether mit Erfolg bei schweren chirurgischen Operationen reichte, sondern auch seine That laut verkündete, und die Menschen zwang, ihn zu hören.

Mit Undank lohnte die Menschheit oft ihren grössten Wohlthätern. Bittere Enttäuschungen und Armut waren auch Morton's Loos bis zu seinem Tode, den der Geistesumnachtete sich durch Sprung aus einem Wagen selbst gegeben.

Freilich ein Schatten, der an das Gebahren der Chamberlens gemahnt, lastet auf seinem Leben, wenn auch entschuldbar im Geiste seiner Zeit und gebilligt durch den Brauch unter seinen Fachgenossen; nämlich, dass er sein „Letheon" geheim hielt und patentiren liess. Aber versöhnend ist wieder, dass er diesen Schritt eben durch die Patentstreitigkeiten bis zu seinem tragischen Ende so hart gebüsst hat.

Auf dem Kirchhofe Mt. Auburn bei Boston fand er die letzte Ruhestätte und die Stadt errichtete über derselben ein schlichtes Marmordenkmal, dessen Inschriften lauten: „Vor ihm war die Chirurgie nichts als Qual." „Durch ihn wurde der Schmerz in der Chirurgie abgewendet und aufgehoben." „Seit ihm hat die Wissenschaft den Schmerz in ihrer Gewalt."

Dr. Otto Sasse.

Buchanzeige.

A. Chrobak und A. v. Rosthorn: Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. I. Teil. I. Hälfte. (Spez. Pathol und Therapie, herausg. v. H. Nothnagel.) Hölder, Wien 1896.

An gynäkologischen Lehrbüchern ist heutzutage kein Mangel; im Gegenteil. Wenn trotzdem kaum ein Jahr vergeht, in welchem nicht ein neues erscheint und die alten neue Auflagen erleben, so hat dies seinen Grund in erster Linie darin, dass sie fast ausnahmslos von klinischen Lehrern für ihre Schüler mit dem Zweck geschrieben sind, diesen zwar als Leitfaden für den Unterricht im Allgemeinen zu dienen, ihnen aber auch die besonderen Anschauungen und Methoden der Verfasser einzuprägen. Auch das vorliegende Buch sollte ursprünglich dieser Aufgabe dienen; durch seine Aufnahme in das von Nothnagel herausgegebene Handbuch der Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten musste der ursprüngliche Plan geändert, sein Umfang erweitert und der Zusammenhang der Gynäkologie mit der gesamten inneren Medizin ganz besonders hervorgehoben werden. Da letzterer, wie die Verfasser in dem

Vorwort schon mit Recht bemerken, in Folge überwuchernden Spezialistentums in bedauerlicher und bedenklicher Weise gelockert erscheint, und was nicht minder bedauerlich ist, die Frauen selbst heutzutage gerade im Gegensatz zu früher, den Ursprung aller ihrer Beschwerden nur in den Sexualorganen zu suchen geneigt sind, so ist die angedeutete Tendenz des Buches mit Freude zu begrüssen. Noch in einer anderen Hinsicht wird das letztere von anderen gynäkologischen Lehrbüchern abweichen. In dem Vorwort wird gesagt, dass die einzelnen Erkrankungsformen nicht mehr, wie dies bisher regelmässig zu geschehen pflegte, nach den anatomischen Bezirken abgehandelt, sondern hauptsächlich von ätiologischen Gesichtspunkten ausgehend, die Krankheitsbilder als solche das ganze Organ mehr oder minder betreffende, in einheitlicher, zusammenfassender Form zur Darstellung und so die Zusammengehörigkeit aller einzelnen Abschnitte als Teile eines Ganzen zum Ausdruck gebracht werden soll. Wie weit dies Prinzip, dessen Durchführung von den Verfassern selbst als eine schwierige Aufgabe bezeichnet wird, sich bewährt, müssen die folgenden Teile des Lehrbuches zeigen. Der jetzt erschienene bietet zur Beurteilung dieser Frage keine Gelegenheit. Er bringt zunächst in einer Einleitung einen ganz kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Entwickelung der Gynäkologie und für den Anfänger sowie auch den praktischen Arzt sehr beherzigenswerte Winke über die Erhebung der Symptome kranker Frauen. In erschöpfender und doch übersichtlicher Weise werden dann die verschiedenen Methoden der gynäkologischen Untersuchung besprochen.

Das dritte umfangreiche Kapitel ist der Behandlung gewidmet. Aus seiner Einleitung ist hervorzuheben, dass die Verfasser vor gynäkologischer Polypragmasie warnen mit dem Hinweis darauf, dass leider oft genug fort und fort behandelt wird, sicher nicht zum Heil der Kranken. Recht lesenswert ist der Abschnitt über gynäkologische Hygiene. Dass die Wundbehandlung einer eingehenden Besprechung unterzogen wird, ist selbstverständlich. Aus dem Kapitel Narkose sei nur erwähnt, dass die Verfasser nicht den Aether, sondern (speziell für klinische Anstalten) die Billroth'sche Mischung (Chloroform, Alcohol absol. und Aeth. sulf. 3 : 1 : 1) empfehlen, da bei ihrem Gebrauch das langsame Eintreten der Narkose es dem Anfänger wesentlich leichter macht, der Asphyxie und Herzparalyse zu begegnen.

Die Kapitel der Anatomie des weiblichen Beckens, welche praktisches Interesse bieten, sind in einem besonderen Abschnitt, welcher den Abschluss des ersten bis jetzt erschienenen Teiles des Lehrbuches bildet bearbeitet, und zwar, wofür die Leser sehr dankbar sein werden, ausführlicher, wie es sonst in ähnlichen Werken der Fall ist. Eine grosse Zahl sehr guter Abbildungen sorgt dafür, dass das, was beschrieben wird, auch veranschaulicht wird und sich so dem Lernenden besser einprägt. An einer Stelle ist vielleicht des Guten zu viel gethan; die 24 das Hymen in seinen verschiedenen Formen und Veränderungen darstellenden Bilder hätten wohl auf einige weniger beschränkt werden können.

Erwähnt sei noch, dass die neue anatomische Nomenclatur zwar berücksichtigt, aber Kossmann's Bestrebungen nicht durch Dick und Dünn gefolgt ist, weil, wie die Verfasser sehr richtig bemerken, die von ihm vorgeschlagenen Ersatznamen als z. T. unaussprechlich, doch wenig Aussicht auf allgemeine Einbürgerung haben.

Nach dem vorliegenden Teil zu urteilen, wird das Chrobak-v. Rosthorn'sche Buch nicht nur seitens der praktischen Aerzte, sondern auch der Gynäkologen warme Anerkennung finden. M. Graefe.

Tagesnachrichten und Notizen.

Am 1. November ist die neue Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen in Anwesenheit von Kurator und Rektor mit einer der Staatsregierung und der Bauverwaltung dankenden Ansprache des Direktors, Professor Max Runge, feierlich eröffnet worden.

Das alte durch Osiander's und Siebold's Thätigkeit berühmte Gebäude bestand seit 1792, war aber modernen Anforderungen längst nicht mehr gewachsen.

Die neue Anstalt, welche durch einen gedeckten Gang mit dem Wohnhause des Direktors verbunden ist, besitzt eine sehr günstige, nach allen Seiten freie Lage und giebt Raum für 80 Betten.

Professor Heinrich Fasbender, der frühere langjährige Mitherausgeber der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie", beging am 15. November sein 25jähriges Dozenten-Jubiläum.

Dr. Fraipont in Lüttich, Dozent für Geburtshilfe und Gynäkologie, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

Dr. T. Crawford Hayes wurde zum Professor für Geburtshilfe am King's College in London ernannt.

Dr. Wilhelm Nagel, langjähriger Assistent von Geh. Rath Gusserow, ist zum Professor extraordinarius an der Berliner Universität ernannt worden.

Litteratur-Verzeichniss.

I. Geburtshilfe.

1. Bücher. Monographien. Berichte.

Rendiconto clinico del anno scolastico 1895—96 (dal 10. November 1895 al 31. Luglio 1896) dell'Istituto di clinica ostetricia e ginecologica della regia università di Genova, directo dal Prof. Luigi Acconci. Rivista d Ostetr., Ginec. e Pediatria. Nov. 1896.

Kossmann, R., Die geburtshilfliche Praxis in kurzer Darstellung. Med. Bibliothek f. prakt. Aerzte. 85—89. Leipzig. C. G. Naumann.

Veit, J., Die Ziele des geburtshülflich-gynäkologischen Unterrichts. Rede. Leiden 1896.

2. Allgemeines.

Ahlfeld, F., Die Bedeutung der äusseren Untersuchung der Gebärenden gegenüber der inneren. (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Marburg.) Deutsche med. Woch. 1896. No. 44.

Arenhövel, W., Ein interessantes Drillingsei. Ein Beitrag zur Frage der Nachempfängniss. Diss. Halle 1896.

Dührssen, A., Ueber chirurgische Fortschritte in der Geburtshilfe. Deutsche med. Woch. 1896. No. 45.

Hallervorden, E., Der Zusammenhang chemischer und nervöser Vorgänge im Wochenbett. Diss. Würzb. 1896.

Pinzani, L'ostetricia moderna ed il suo indirizzo. Ann. di Ost. e Gin. 1896. No. 9.

Rissmann, Zur Schwangerschaftsdiagnose in den ersten Monaten. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 43.

Schober, Pariser Brief. Deutsche med. Woch. 1896. No. 43.

Vahle, Ueber das Vorkommen von Streptokokken in der Scheide Gebärender. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXV. 2.

3. Physiologie und Pathologie der Schwangerschaft, der Geburt- und des Wochenbettes.

Ahlfeld, F., Zur Diagnose der Zwillingsschwangerschaft. Zeitschr. f. Geb. und Gyn. XXXV. 2.

Becking, A. G. Th., Jcterus gravidarum. Bijdrage tot de pathologie der zwangerschap. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1896. Afl. 4.

Cameron. Murdoch, Retroversion of the Pregnant Uterus. Reducible and Irreducible, with a New Method of Treatment. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.

Eklund. Abraham Fredrik, Albuminuria in Pregnant and Puerperal Women. Amer. Journ. of Obst. Oct. 1896.

Grunow, W.. Herzerkrankungen in der Schwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung der Klappenfehler und ihrer Therapie. Diss. Greifswald 1896.

Hart, D. Berry, The Nature and Diagnosis of the So-called Fleshy Mole. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1869.
Heller, E., Ueber die Nierenerkrankungen Schwangerer. Diss. Berlin 1896.
Herff, Otto v., Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXV. 2.
Jarvis, John, An Uncommon Midwifery Case. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1871.
Kerron, R. G. Mc., Antistreptococcus Serum in Puerperal Fever. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1867.
Kroner, M., Ueber Chorea gravidarum. Diss. Berlin 1896.
Lauro, Contribuzione casistica al parto per la fronte e considerationi. Arch. di Ost. e Gin. 1896. No. 8 u. 9.
Lesse, W., Ein weiterer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXV. 2.
Löbell, G. H., Das Verhalten der Nachgeburt bei 500 Geburten. Diss. Würzburg 1896.
Neumann, A., Kann Uterusruptur durch plötzlichen Blasensprung bei Hydramnios zustande kommen?
Freund, H. W., Erwiderung auf vorstehenden Aufsatz. Deusche Med. Woch. 1896. No. 43.
Noble, George H., One Hundred and Sixty-six Cases of Cancer of the Pregnant Uterus occurring since 1886. Atlanta Med. a. Surg. Journ. July a. Aug. 1896.
Resinelli, Note batteriologiche su di un abortu per tifo addominale. Ann. di Ost. e Gin. 1896. No. 9.
Schmarsow, K., Zwei Fälle ausgetragener Gravidität bei fibromatös degenerirtem Uterus. Diss. Königsberg 1896.
Schilling, H., Beitrag zur Kenntnis der hämorrhagischen Läsionen der Placenta. Diss. Basel 1896.
Spivak, C. D., Delivery at Term after Ten Previous Consecutive Abortions. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Oct. 1896.
Succow, W., Ein Fall von centralem Dammriss mit Entwickelung des Kindes durch denselben. Deutsche Med. Woch. 1896. No. 46.
Thumim, Leopold, Casuistischer Beitrag zur Complication der Schwangerschaft mit Myomen. (Aus Prof. L. Landau's Frauenklinik in Berlin.) Wien. Klin. Woch. 1896. No: 41.
Tinley, W. E. F., Chorea Gravidarum: Induction of Labour: Death. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1868.
Tuszkai, Zur Frage der Hyperemesis gravidarum. Ung. Med. Presse. 1. Nov. 1896.
Westerode, A., Die Nierenaffectionen in der Gravidität und ihre Beziehungen zur chronischen Nephritis. Diss. Würzburg 1896.
Wettergreen. Carl, Om hämatoma vulvae et vaginae post partum. Hygiea. 1896. No. 9.
Wilkinson, A. D., Phlegmasia Dolens. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Oct. 1896.
Williams, D. John, The Value of Antistreptococcic Serum in the Treatment of Severe Puerperal Septicaemia. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.

4. Enges Becken.

Bland-Sutton, J., Clinical Remarks on Some Interesting Pelvic Cases. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.
Uhl, F., Beitrag zur Beckenmessung nach Skutsch. Diss. Jena 1896.

5. Geburtshilfliche Operationen und Therapie, Abortus, Operationen im Wochenbett.

Ahlfeld, Perforation, Kaiserschnitt, künstliche Frühgeburt, spontane Geburt? Zeitsch. f. prakt. Aerzte 1896. No. 21.
Ahlfeld, F., Giebt Tympania Uteri eine Indikation zur Entfernung des Uterus in partu? Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXV. 2.
Baker, Oswald, Champetier de Ribes's Bag in Placenta Praevia. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1867.
Bracht, H.. Beitrag zur Statistik der sectio caesarea unter besonderer Berücksichtigung der durch Beckengeschwülste bedingten Indikationen. Diss. Kiel 1895.

Brothers, A, Cäsarean Section. Amer. Journ. of Obst. Oct. 1896.
Büttner, R., Beitrag zur Beurteilung des therapeutischen Wertes des Curettements bei Metrorrhagien nach Abort oder Geburt. Diss. Kiel 1896.
Byers, W. John, A Plea for the Eearly Recognition and Treatment of Puerperae Fever. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1869.
McCaw, John, Notes of a Case of Premature Labour presenting some Unusual Features. Lancet. 1896. No. 3818.
Cholmogoroff, S. S., Die Einführung von physiologischen Kochsalzlösung in den Organismus bei grossen Blutverlusten während und nach der Geburt. Diss. Leipzig 1896.
Deibert, J., Ein Beitrag zur Symphyseotomie-Frage. Diss. Giessen 1896.
Fothergill, W. E., Walcher's Position in Parturition. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.
Herrenschneider, Beitrag zur causalen Behandlung des Kindbettfiebers. Diss. Strassb. 1896.
Longyear, H. W., The Treatment of Puerperae Infection. Amer. Journ. of Obst. Oct. 1896.
Neumann, Emil, (Livland). Ueber prophylaktische Dammincisionen beim Durchtritt des Kopfes. Wien. med. Bl. 1896. No. 44.
Purslow, C. B., On Perforation of the After-coming Head. Brit. med. Journ. 1896. No. 1870.
Schaeffer, Bekämpfung der post partum- und parenchymatösen Höhlen-Blutungen mittelst nicht drainirender, imprägnirter Gaze. Münch. med. Woc . 1896. No. 40.
Schmidt, H., Ueber die Anwendbarkeit der Verkleinerung des nachfolgenden Kopfes durch den Wirbelkanal bei räumlichem Missverhältnis (Cohnsteinsches Verfahren). Diss. Kiel 1896.
Stanmore, E., Bishop., Post partum Haemorrhage and its Treatment. Lancet. 1896. No. 3818.
Voiges, W., Beitrag zur Statistik, Prognose und zu den Indicationen der Symphysiotomie. Diss. Kiel 1896.

6. Ektopische Schwangerschaft.

Blumenthal, W., Ueber Graviditas tubaria. Diss. Greifswald 1896.
Henrotin, Fernand. Early Rupture in Extra-uterine Pregnancy and its Treatment. Amer. Journ. of Med. Sciences. Nov. 1896.
Schulze-Vestinghausen, A., Ueber die Laparotomie wegen freier intraperitonealer Blutung in Folge von früher Tubenschwangerschaft. Diss. Kiel 1895.
Weil, J., Spontanruptur des graviden Hornes bei Uterus bicornis im 9. Schwangerschafts-Monate mit tödlichem Ausgang. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 46.

7. Eclampsie.

Berger, J., Ein Fall von Eklampsia graviditatis. Diss. Bonn 1896.
Catto, William M., Puerperal Eclampsia. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Oct. 1896.
Drejer, Om den obstetriciske Behandling af Puerperaleklampsien. (Ueber die gebh. Behandlung der Puerperaleklampsie) Norsk. Mag. f. Laegev 1896. No. 9.
Gibson, John R., A Case of Puerperal Eclampsia without Renal Symptoms; Blood-letting; Recovery. Lancet. 1896. No. 3817.
Latimer, John W., A Case of Diphtheria, Ushered in by Eclampsia-Complicated by Labor at Term. Annals of Gyn. a. Paed. Oct. 1896.
Mangiagalli, Sul trattamento dell' eclampsia. Amer. di Ost. e. Gin. 1896. No. 9.

8. Osteomalacie.

Breidthardt, Br., Zwei Fälle von Castration bei Osteomalacie. Diss. Kiel. 1896.

9. Foetus, Neugeborenes, Lactation.

Bergkammer, Fr., Ueber einen Fall von Teratom, rudimentärem Parasiten (Engastricus) oder Inclusio foetalis abdominalis des Beckens bei einem elfmonatlichen Knaben. (Aus dem Fr. Krupp'schen Krankenhaus in Essen.- Deutsche Med. Woch. 1896, No. 44.

Bosse, E., Zur Casuistik der Atresia ani. Diss. Greifswald 1896.
Clark, Alfred, A Case of Absence to the Thymus Gland in an Infant. Lancet 1896, No. 3816.
Coulthard, W. J. C., An Acephalous Infant. Lancet 1896, No. 3816.
Dellevie, Heinrich, Zur Frage der künstlichen Ernährung der Säuglinge. Centralbl. f. Kinderheilk. 1896, H. 6.
Feige, E., Ueber die Todesursachen der Säuglinge bis zum 6. Lebensmonate incl. nach den Protokollen der Jahre 1886—95. Diss. Kiel 1896.
Fischl und *v. Wunschheim*, Schutzkörper im Blute des Neugeborenen. Prager Zeitschr. f. Heilk. Bd. XV.
Hermary, Des hemorrhagies gastro-intestinales chez le nouveau-né. Thèse. Paris 1896.
Jellinghaus, Ueber foetale Schädelformen mit Berücksichtigung der Heckerschen Aetiologie der Gesichtslagen. Diss. Berl. 1896.
Kautzsch, W., Zur Obliteration der fötalen Gefässe. Diss. Halle 1896.
Knoepfelmacher, Wilhelm, Das Verhalten der roten Blutkörperchen beim Neugeborenen mit Rücksicht auf den Icterus neonatorum. (Aus der Klinik des Herrn Prof. Schauta in Wien.) Wien. klin. Woch. 1896, No. 43.
Menke, A., Ein Beitrag zur Statistik und Prognose der Geburtsverletzungen des Kindes. Diss. Kiel 1895.
Meyer, Hans, Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener. Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. 1896. No. 21.
Schwoboda, Norbert, Zur Aetiologie der Melaena. (Aus der niederösterreichischen Landesfindelanstalt.) Wien. klin. Woch. 1896, No. 41.
Turner, G. A., The Successful Preventive Treatment of the Scourge of St. Kilda. (Tetanus Neonatorum.) Brit. Med. Journ. 1896, No. 1869.
Twombly, Edward, L., A Case of Anencephalia. Ann. of Gyn. a. Paed. Oct. 1896.
Wendeler, P., Bemerkungen zu dem Aufsatz des Herrn Geh.-Rat B. S. Schultze: „Ueber die beim Scheintod Neugeborener vorliegenden Indikationen" in No. 37 d. Bl. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 45.

II. Gynäkologie.

10. Bücher. Monographien. Berichte.

Fliess, W., Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. In ihrer biologischen Bedeutung dargestellt. Leipzig u. Wien 1897. F. Deuticke.
Menge u. König, Bacteriologie des weiblichen Genitalkanales. Leipzig 1896. Ed. Besold (Arthur Georgi).
Semb, Oscar, Om de papillaere Ovarial-Kystomer. (Monographie.) Beilage zum „Norsk Magazin for Laegevidenskaben", Okt. 1896.
Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin vom 12. bis 26. Juni 1896:
Waldeyer, Die Lendenraute und die Kreuzraute. (Vortrag.)
Derselbe, Die Lage des Eierstocks. (Vortrag.)
Mackenrodt, Blasensteine um Silkwormfäden.
Derselbe, Uterus Didelphys.
Kiefer, Meningococcus und Gonococcus.
Kossmann, Formalincatgut.
Holländer, Kolpoplastik.
Winter, Zur Pathologie des Prolapses. (Vortrag.) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXV. 2.
Wilheim, J., Die Nervosität der Frauen. 2. Aufl. Wien 1896.
Windscheid, Franz, Neuropathologie und Gynäkologie. (Eine kritische Zusammenstellung ihrer physiologischen und pathologischen Beziehungen.) Berlin 1897. S. Karger.
Wolf, M., Die physische und sittliche Entartung des modernen Weibes. 4. Aufl. Dresden 1896.

11. Allgemeines.

Bannermann, G. Gilbert, Naevus Pigmentosus. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.
Bodon, K., Ueber drei mit Ovariinum siccum (Merck) behandelte Fälle, darunter ein Fall von Epilepsie. Deutsche med. Wochenschr. 1896. No. 44.

Bossi, A. proposito dei rapporti fra ovulazione e menstruarione. Ann. di Ost. e Gin. 1896, No. 9.
Braithwaite, James, Case Illustrating the Use of Transfusion and of Ozygen Inhalation in Certain Circumstances following Abdominal Section. (Leeds General Infirmary) Brit. med. Journ. 1896. No. 1867.
Chrobak, R., Ueber den Unterricht in der Frauenheilkunde. S. A. aus „Berichte aus der Klinik." Wien 1896. In Kommission bei Alfred Hölder.
Ill, Edward J., Nine Mouths of Abdominal and Gynecolegical Surgery. Amer. Journ. of Obst. Okt. 1896.
Kast, Ueber den Werth der arzneilichen Antipyretica. Verh. d. Congresses f. inn. Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann.
Newman, Henry Parker, Woman and her Diseases vs Gynecology. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Okt. 1896.
Reamy, Thaddeus A., In Memoriam: Robert Battey. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Oktober 1896.

12. Anatomie und pathologische Anatomie. Entwickelungsgeschichte. Missbildungen.

Blacker, G. F., A Case of True Unilaterael Hermaphroditism with Ovetestis occurring in Man, with a Summary and Criticism of the Recorded Cases of True Hermaphroditism. Trans. of the Obst. Soc. of London XXXVIII. 3.
McCann, Frederick John Some Abnormalities of the Female Generative Organs. Amer. Journ. of Med. Sciences. Oct. 1896.
v. Dittel, Leopold jun., Ueber die elastischen Fasern der Gebärmutter. Wien. Klin. Rundschau. 1896. No. 26 und 27.
Edge, Fred., A Case of Uterus Bicornis Septus. Brit. Med. Journ, 1896. No. 1870.
Epstein, Em., Persistirender Urachus. Ung. med. Presse 1. Nov. 1896.
van Meerdervoort, N. J. F. Pompe, Het ovarium gedurende de menstruatie. De vorming van het corpus luteum. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1896. Afl. 4.
Remfry, Microscopical Sections of Uterus showing Chorionic Villi and Doubtful Sarcoma. Trans. of the Obst. Soc. of London. XXXVIII. 3.
Wanser, A., Ueber Missbildungen bei Hydramnion. Diss. Tübingen 1896.

13. Vulva. Scheide, Damm. Beckenbindegewebe.

Braun, H., Ueber die traubenförmigen Sarkome der Vagina und des Uterus. Diss Greifswald 1896.
Brothers, A., Reports of Some Interesting Cases: Impacted Pessary — Vaginal Section with Hemarrhage. Amer. Journ. of Abst. Oct. 1896.
Lange, G., Ueber einen Fall von primärem, multiplen Vaginalkarcinom. Diss. Kiel 1896.
Phillips, John, Anterior Colpotomy. Trans. of the Obst, Soc of London XXXVIII. H. 3.
Rode, Emil, Sterilitas hymenalis vulvalisque, non gonorrhoica. Tidsskr. f. d. norske Lœgeforening. 1896. No. 19.

14. Uterus und Operationen an demselben.

Bec, Le, Total Hysterectomy for Large Fibroids: New Methods. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.
Cogrel, Hystéroscope. Son instrumentation. Son manuel opératoire. Ses resultats aequis. Thèse. Paris 1896.
Colèris, Traitement des rétrodéviations utérines. Ann. de Gyn. et d'Obst. Oct. 1896.
Donald, Archibald, Intraperitoneal Hysterectomy and Hysterectomy by the Combined Method for Fibroid Tumours of the Uterus, with Notes of Cases. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1869.
Dunn, B., Sherwood, Vaginal Hysterectomy by the Clamp Method. Amer. Journ. of Obst. Oct. 1896.
Helme, Arthur, The Technique of the Vaginal Total Extirpation, with Notes of Ten Cases. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.

Hirschmann, Ueber vaginale Totalextirpation des carcinomatösen Uterus. Diss. Würzb. 1895.
Hofmeier, M., Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Sterilität. Berl. klin. Wochenschr. 1896, No. 43.
Lange, M., Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinoma uteri. Smmlg. zwangl. Abh. aus dem Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtsh. Bd. I. H. 6. Halle 1896. Karl Marhold.
Derselbe, Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinoma uteri. Diss. Halle 1896.
Lawrie, Macperson, Total Exstirpation of the Uterus, with Six Cases. Brit. Med. Journ. 1896, No. 1870.
Leech, Joseph William, Complete Absence of Vagina and Uterus. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1867.
Kühn, A., Ein Fall von Spindelzelliensarkom im Corpus Uteri mit cystischer Degeneration. Diss. Greifswald 1896.
Küstner, Otto, Ueber Indicationen und Kontraindikationen der Myomotomie. Smmlg. klin. Vortr. No. 164. Leipzig 1896. Breitkopf u. Härtel.
Martin, Christopher, On Haematometra and Pyometra. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.
Inglis-Parsons, J., A Case of Malignaut Adenoma of the Uterus. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870.
Praetorius, E., Ein Fall von Adenoma malignum des unteren Gebärmutterabschnitts. Diss. Halle 1996.
Pompe von Meerdervoort, N. J. F., Hypertrophia mucosae uteri. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn. 1896. Afl. 4.
Richter, P., Partielle durch Tumoren bedingte Uterusinversionen. Diss. Berlin 1896.
Rishmiller, John, H., The Employment of Gauze in the Uterine Cavity. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Oct. 1896.
Ross, E., Fairfax, Note on the Technique of Ventrifixation of the Uterus. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1867.
Wallace, John. Notes on the Evolution of Treatment of Uterine Fibroids in the Thornton Ward, Liverpool Royal Infirmary. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1870
White, Herbert, W., Practical Observations on the Electrical Treatment of Uterine Mammary, and other Diseases. Brit. Med. Journ. 1896, No. 1869.
Williams, Roger, The Clinical Features of Uterine Caner. Lancet 1896. No. 3816.

15. Ovarium. Tuben. Ligamente.

Braetz, A., Ein Fall von Endotheliom der Portio vaginalis. Diss. Halle 1896.
Clarke, P. Augustus, The Relation of Malignant Disease of the Adnexa to the Primary Invasion of the Uterus. Amer. Journ. of Obst. Oct. 1896.
Cumston, Charles Greene, Torsion of the Pedicle in Ovarian Tumors. Ann. of Gyn. a. Pael. Oct. 1896.
Doran, Alban, Cases of Fibroma of the Ovary and Ovarian Ligament removed by Operation, with a Series of Afterhistories of Cases reported in the „Transactions" since 1879. Trans. of the Obst. Soc. of London XXXVIII, H. 3.
Edebohls, George M., Shortening the Round Ligaments; Indications, Technique, and Results. Ann. of Gyn. a. Paed. Oct. 1896.
Gilliam, David Tod, Oophorectomy for the Insanity and Epilepsy of the Female. A Plea for Its More General Adoption. Amer. Journ. of Obst. Oct. 1896.
Morse, H. Thomas, Case of Dermoid Ovarian Cyst impacted in the Pelvis which was removed by Abdominal Section during the Ninth Month of Pregnancy. Trans. of the Obst. Soc. of London XXXVIII. 3.
Nairne, J. Stuart, The Diagnosis of Early Ovarian and Tubal Disease. Brit. med. Journ. 1896. No. 1870.
Williams, W. Roger, A Large Dermoid Ovarian Cyst Successfully Removed by Laparotomy. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1867.
Rosinski, B., Zur Lehre von den endothelialen Ovarialgeschwülsten, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXV. 2.
Routh, Amand, Hydrosalpinx and Small Ovarian Cyst removed by Anterior Colpotomy. Trans. of the Obst. Soc. of London XXXVIII. H. 3.

Schramm, J., Ein neuer Fall von Haematoma ligamenti rotundi uteri. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 45.
Thorn, W., Haematosalpinx profluens. Contralbl. f. Gyn. 1896. No. 43.
Winter, A., Ergebnisse der in der Giessener Frauenklinik von 1888—1896 ausgeführten Ovario- und Parovariotomieen. Diss. Giessen 1896.

16. Bauchhöhle. Bauchschnitt. Scheiden-Bauchschnitt.

Askanazy, M., Kann Darminhalt in der menschlichen Bauchhöhle einheilen? Virchow Archiv, Bd. 146, Heft 1.
Deitermann, Cl., Ueber die Heilung der Perforationsperitonitis nach Laparotomie. Diss. Würzburg 1896.
Doyen, Eugène, Traitement des Suppurations pelviennes de l'hystérectomie abdominale totale, traitement chirurgical des rétro déviations utérines, du meilleur mode de fermeture de la paroi abdominale. Paris 1896. Institut international de bibliographie scientifique.
Dunning, L. H., Shall Hystorectomy be Performed in Inflammatory Diseases of the Pelvic Organs. Amer. Journ. of Obst. Oct. 1896.
Frank, Louis, Operative Procedures for Pelvic Inflammation. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Oct. 1896.
Graupner, R., Ueber Hernien der linea alba. Diss. Jena 1896.
Holmes, Bayard, Tubercular Peritonitis. Ann. of Gyn. a. Paed. Oct. 1896.
Kehrer, F. A., Bauchnaht bei Laparotomie. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 43.
Kossmann, R., Ueber die Verhütung der Bauchhernie. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 43.
Marjantschik, N. P., Ein Fall von Laparotomie an einer Neugeborenen wegen Hernia funiculi umbilicalis. Diss. Leipzig 1896.
Sannemann, K., Ueber die Beckenhochlage bei Operationen in der Bauchhöhle. Diss. Kiel 1896.
Steffeck, Zur vaginalen Coeliotomie. Berl. Klin. Woch. 1896. No. 44.

17. Harnorgane. Fisteln.

Baldy, J. M., Surgical Injuries to the Ureter. Amer. Gyn. a. Obst. Journ. Okt. 1896.
Blumer, Georg, Notes on Two Cases of Ureteral Abnormality. Bull. of Johns Hopk. Hosp. Sept.-Okt. 1896.
Cordier, A. H., Moeable Kidney. Local and Remote Results. Amer. Journ. of Obst. Okt. 1896.
Graf, F., Urachusfisteln und ihre Behandlung. Diss. Berlin 1896.
Kleinschmidt, E., Ein Beitrag zur Casuistik der Fremdkörper der weibl. Blase u. die Methoden ihrer Entfernung. Diss. Würzb. 1896.
Leech, Joseph William, Complete Inversion of the Bladder. Brit. med. Journ. 1896. No. 1868.
Morgan, George, A Case of Dilated Urachus Accidentally Opened whilst Performing Abdominal Section for Peritonitis, Rocovery. Lancet 1896. No. 3817.
Tóth, S., Hydronephrose in Folge schiefer Einmündung des Ureters. Laparonephrektomie. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 43.

18. Gonorrhoe.

Caun, J. Mc., The Aetiology of Gonorrhoea. Trans. of the Obst. Soc. of London. XXXVIII. 3.

19. Hysterie.

Moore, James E., Nymphomania Cured by Hysterectomy. Amer. Journ. of Obst. Okt. 1896.
Schmitt, W., Ueber einen auf chirurgischem Wege geheilten Fall von Paradoxia sexualis. Diss. Berlin 1896.

20. Mamma.

Arnoldt, W., Operative Erfolge bei Carcinoma mammae. Diss. Halle 1896.

Bach, Oscar, Ueber das Fibro-Adenoma Mammae proliferum. Diss. Leipzig. 1896.
Hellier, John B., On the Nipple Reflex. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1871.
Schröder, K., Mastitis in der Schwangerschaft. Diss. Marburg 1896.
Snow, Herbert, Notes on Three Hundred Cases of Breast Excision for Malignant Disease. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1868.

21. Technisches. Akiurgie.

Bishop, Ovariotomie-Troikar. Aerztl. Polytechn. 1886. No. 10.
Fleischhauer E. Chirurgisches Nähtmaterial zu Ligaturen und verlornen Nähten mit besonderer Berücksichtigung der Seide. Diss. Erlangen 1896.
Friedländer, Georg, Badehalter für Säuglinge. Aerztl. Polytechn. 1896. No. 10.
Ihle, Otto, Eine neue Naht der Bauchdecken. Wien. Med. Presse 1896. No. 40.
derselbe. Eine neue Unterbindungsnadel. Betz: „Memorabilien." 1895. H. 3.
Lane, W. Arbuthnot, Improved Needle-holder. Lancet. 1896. No. 3815.
Reinecke, Untersuchungs- und Massage-Sopha, gleichzeitig verstellbar als Operations- und Untersuchungstisch, resp. Untersuchungsstuhl. Münch. med. Woch. 1896. No. 40.
Schaeffer, O., Ueber die Verwertung der anhydrophilen Nähseide. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 46.
Wachsmann, S., Heftklammern für Wunden. Berl. Klin. Woch. 1896. No. 45.

22. Narkose. Antiseptica.

Engelbrecht, J., Die Narkosen der Bonner Frauenklinik im Jahre 1895. Diss. Bonn 1896.
Langstein, Pellotin als Schlafmittel. Prag. med. Woch. 1896. No. 40.
Zur Narkotisirungsfrage. Aerztl. Polytechn. 1896. S. 155.
Randolph, Robert. L. Absolute Alcohol as a Disinfectant for Instruments. A Bacteriological Study. Bull. of Johns Hopk. Hosp. Sept.-Oct. 1896.
Stolwasser, Chloroformmaske mit Stirnbinde. Deutsche med. Woch. 1896. No. 42.
Jubilee of Anaesthesia. History of the Discovery.
Squire, William. The First Operation under Ether in Great Britain.
Buxton, Dudley W., Fifty years of Anasthetics. Brit. Med. Journ. 1896. No. 1868.

Verantwortlicher Redacteur: Prof. Dr. M. Sänger in Leipzig.